

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**DANDO VISIBILIDADE ÀS MULHERES MORADORAS DE RUA DE
FLORIANÓPOLIS**

MELISSA CASAGRANDA

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO

EM: 14.08.06


Rosana Maria Gaio
Deplo de Serviço Social / CSE

FLORIANÓPOLIS
2006/1

MELISSA CASAGRANDA

**DANDO VISIBILIDADE ÀS MULHERES MORADORAS DE RUA DE
FLORIANÓPOLIS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de Serviço
Social da Universidade Federal de Santa
Catarina, para obtenção do título de
Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Teresa Kleba Lisboa

FLORIANÓPOLIS
2006/1

MELISSA CASAGRANDA

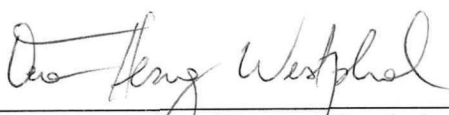
**DANDO VISIBILIDADE ÀS MULHERES MORADORAS DE RUA DE
FLORIANÓPOLIS**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, do Departamento de Serviço Social, do
Centro Sócio-Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina.

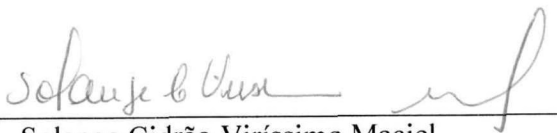
BANCA EXAMINADORA:



Prof.ª. Dr.ª. Teresa Kleba Lisboa
Orientadora



Prof.ª. Dr.ª. Vera Herweg Wesphal



Solange Cidrão Viríssimo Maciel
Assistente Social

FLORIANÓPOLIS
2006/1

Dedico este trabalho a minha mãe, Claci, que é uma mulher vitoriosa, referência única de eu ter me tornado o que sou. À você, muito obrigado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me permitido concluir mais esta etapa em minha evolução.

Agradeço a minha mãe, por ela sempre ter sido minha referência ao tomar minhas decisões e por jamais ter me faltado com amor.

Agradeço ao meu amado Rogério, por sempre lembrar-me de que com calma eu conseguiria alcançar meu objetivo, obrigado pela paciência e companheirismo. Te Amo.

Agradeço a Luly pela dedicação e resignação em me agüentar nos momentos de maior nervosismo.

Agradeço a Jalu pela compreensão e apoio neste momento de grande importância em minha vida.

Agradeço a Milena Compagnolo, pelo dom de me escutar nos momentos de desabafo.

Agradeço a Irma Remor Silva, pelo simples fato de hoje não considerá-la apenas a coordenadora do projeto no qual trabalho, mas sim uma grande amiga, uma pessoa em quem confio e admiro.

Agradeço a Prof^ª. Dra. Teresa Kleba Lisboa, que com eficiência e profissionalismo conduziu-me a conclusão deste trabalho, obrigado pela compreensão ao longo desta trajetória.

Agradeço a Assistente Social Solange Cidrão Vírissimo Maciel, pelo carinho e atenção dados a mim no final desta caminhada.

Agradeço a todos aqueles que se fizeram presentes ao longo deste processo, direta ou indiretamente.

RESUMO

O cotidiano das pessoas que circulam pelas ruas dos grandes centros urbanos das cidades em todo o país, encontra-se munido de tantas preocupações pessoais, estresse, pressa, que muitas vezes despercebidas, com medo ou repulsa, ignoram a presença daqueles que moram e sobrevivem no local. Passam por ali, sem notar que ao mesmo tempo que o espaço é público, também é casa. Constata-se que a rua tornou-se local de passagem, moradia e sobrevivência. Diante de tal situação, este trabalho faz um estudo sobre a contextualização da população em situação de rua na cidade de Florianópolis, suas características e relações, destacando a figura feminina anteriormente ligada somente ao ambiente privado. Para tanto, descreve-se as trajetórias de vida de algumas mulheres moradoras de rua, analisando e codificando através das mesmas algumas categorias utilizadas posteriormente para análise teórica, procurando assim identificar o processo que fez com que as mesmas se distanciassem do ambiente doméstico e qual a relação deste fato com a dependência química.

Palavras – chaves: Mulheres Moradoras de Rua, Dependência Química, Violação de Direitos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 8

I MORADORES DE RUA DE FLORIANÓPOLIS: A INVISIBILIDADE DIANTE DOS OLHOS 10

1 A dimensão histórica do mendigo enquanto sombra incompleta do ser social 10

2 Morador de Rua: O estereótipo estigmatizado das representações sociais 14

3 Projeto Abordagem de Rua 19

4 Diversidade e Comportamento na População em Situação de Rua 23

5 Cotidiano dos Moradores de Rua 27

6 Recorte de Gênero – Mulheres Moradoras de Rua 32

II MULHERES MORADORAS DE RUA: PROTAGONISTAS DE UM PROCESSO DE MUDANÇA DO AMBIENTE PRIVADO PARA O PÚBLICO 36

2 Trajetórias de vida das Mulheres: a violação de direitos como demanda de políticas públicas 45

2.1 Direitos Humanos e Dignidade 45

2.2 Rejeição e Abandono por parte da família 47

2.3 Dependência Química 48

2.4 HIV/AIDS 50

2.5 Violência de Gênero 52

2.6 Filhos abandonados ou Mães abandonadas? 57

2.7 Reincidência e dificuldade de permanecer em Espaços Terapêuticos 59

2.8 A importância do acolhimento como postura profissional..... 60

III POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENDIMENTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA 63

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS 69

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 71

INTRODUÇÃO

O interesse em pesquisar sobre a temática que se refere às mulheres que fazem da rua seu espaço de moradia e sobrevivência surgiu a partir da prática de estágio curricular obrigatório, realizado no período de agosto de 2005 a dezembro de 2005, no Projeto Abordagem de Rua da Prefeitura Municipal de Florianópolis. No entanto, o contato por parte da acadêmica com a população em situação de rua já se estende ao período de dois anos, dado que a mesma desempenha atualmente no referido projeto a função de Educadora Social.

Em virtude do desempenho profissional junto ao Projeto Abordagem de Rua, notou-se a premência em dialogar e analisar a figura da mulher moradora de rua e a sua relação com a dependência química, bem como o processo de mudança do ambiente privado ao espaço público da rua como local de permanência e moradia. Pois, é papel do profissional do Serviço Social desenvolver ações pertinentes a população em situação de risco social e pessoal, diagnosticando através da prática, vias de propostas para transformação desta realidade.

Este trabalho tem como objetivo desvelar através das trajetórias de vida de algumas mulheres atendidas pelo Projeto Abordagem de Rua, alguns determinantes do processo que resultou no distanciamento por parte das mesmas do ambiente doméstico, acarretando por fim, na permanência contínua no espaço público das ruas.

Para alcançar o objetivo proposto, realizou-se pesquisa de caráter exploratório, de natureza qualitativa, analisando as categorias apresentadas nas trajetórias de vida e relacionando-as com a fundamentação teórica.

O presente trabalho caracteriza-se como um estudo que teve como finalidade elencar os fatores que fazem com que a mulher se “desvencilhe” de seus vínculos já instituídos socialmente, trabalhando sob a ótica do espaço público da rua utilizado como espaço de moradia e sobrevivência, ressaltando, a dependência química como fator preponderante do abandono da vida social, desconstruindo valores e constituindo o permanecer na rua como consequência do uso abusivo de drogas.

A mulher ao longo de sua trajetória histórica, em suas relações sociais, luta contra a construção instituída pela sociedade que relativiza a feminilidade às questões que envolvem a fragilidade. O convívio com mulheres moradoras de rua possibilitou conhecer a fundo sua realidade social, através do desvendar realizado a partir de uma relação de confiança mútua

estabelecida entre profissional e usuárias, que permitiu com que as mesmas retratassem ao resgate de suas trajetórias de vida.

Devido a este processo de convivência ter possibilitado a construção de vínculo, lapidado dia a dia e demonstrado por elas de maneira, fortemente estabelecido. Na perspectiva de uma maior aproximação com o grupo de mulheres moradoras de rua, surgiu o interesse em verificar de modo mais aprofundado as desconstruções sociais, sua modificação e sua nova roupagem através do universo da rua.

Para efeito didático, este trabalho está estruturado em dois capítulos. Sendo que no primeiro, dissertamos sobre a existência do mendigo não como um fenômeno característico dos tempos contemporâneos e sim representações sociais construídas ao longo da história. Ainda neste capítulo, contextualizamos o Projeto Abordagem de Rua como proposta sócio-educativa, as diversidades e comportamentos da população em situação de rua, seu cotidiano, finalizando com um recorte direcionado à mulher moradora de rua.

No segundo capítulo, são explicitadas trajetórias de vida de algumas mulheres atendidas pelo Projeto Abordagem de Rua; realizando a codificação e análise das categorias encontradas, buscando através da amostra do cotidiano vivenciado pela população em situação de rua entender aspectos deste meio. Para finalizar, remete-se as políticas públicas de atendimento direcionadas a esta população que se encontra inserida num contexto de risco pessoal e social, bem como algumas dificuldades enfrentadas devido a rede de atendimento mostrar-se deficitária.

Tendo em vista que o Serviço Social desenvolve sua prática profissional em meio às múltiplas expressões da questão social, consideramos rica a aproximação do espaço público da rua para o desenvolvimento da ação interventiva profissional com aqueles que se encontram banidos de todo e qualquer direito estabelecido.

Assim, considerando o fato do cotidiano dos homens e mulheres em questão dar-se no espaço considerável visível, os mesmos são invisivelmente reconhecidos, tendo concentrados nesse grupo populacional toda e qualquer forma de exclusão.

Finaliza-se este estudo com breve análise conclusiva em que se percebem alguns pontos merecedores de atenção e reflexões, como questões no âmbito governamental sobre os projetos e medidas paliativas, bem como a deficiência na rede de atendimento, que fomentem os direitos básicos de subsistência a população em situação de rua.

I - MORADORES DE RUA DE FLORIANÓPOLIS: A INVISIBILIDADE DIANTE DOS OLHOS

1 - A dimensão histórica do mendigo enquanto sombra incompleta do ser social

A transição do Feudalismo para o Capitalismo foi marcada pela dissolução das propriedades feudais, fazendo com que os camponeses sofressem a expropriação de suas terras de uma maneira violenta, sendo assim exauridos do modo que garantia sua subsistência.

Segundo Micheluzzi (2003, p.7) “sem serem absorvidos pelo mercado de trabalho esses camponeses transformaram-se em mendigos, ladrões e vagabundos”. Marx (1982, p.854) analisa também esse período de transição: “a população rural, expropriada e expulsa de suas terras, compelida a vagabundagem, foi enquadrada na disciplina exigida pelo sistema de trabalho assalariado, por meio de um grotesco terrorismo legalizado que empregava o açoite, o ferro em brasa e a tortura”.

Devido às modificações ocorridas a partir da mudança no modo de produção, são estabelecidas novas relações entre Estado e Sociedade Civil, mostrando-se necessária uma intervenção no campo assistencial.

Com o advento da expansão industrial, um grande contingente de pessoas migram do campo para cidade, excedendo a demanda de mão de obra, generalizando o fenômeno da pobreza, agravando os problemas urbanos, ocasionando assim desequilíbrios sociais. Os problemas urbanos, aumentados devido ao surto de desenvolvimento do capitalismo europeu marcado no início da segunda metade do século XIX, podem ser verificados na afirmativa de Martinelli (2000, p. 70):

Nos distritos industriais, onde se concentrava a população operária, a esquálida face da miséria, mais do que uma metáfora era uma dura realidade, era face de um vasto segmento da população relegado a uma vida subumana. A ausência de investimento em infra-estrutura urbana, o flagrante desprezo pelas condições de vida do trabalhador, em especial no que se refere às áreas de saúde e habitação, produziram uma apreciável deterioração da qualidade de vida operária, que se fazia acompanhar de uma significativa elevação nos níveis de morbidade e de mortalidade da população adulta e infantil.

O exacerbado processo de urbanização ocasionado pelo capitalismo industrial, manifestou através de novas condições de opressão o surgimento de novas classes sociais: a burguesia e o proletariado. Para definir burguesia e proletariado referencia-se em Engels (2002, p.45):

Por burguesia entende-se a classe dos capitalistas modernos, que são proprietários dos meios de produção social e empregam trabalho assalariado. Por proletariado, a classe dos trabalhadores assalariados modernos, que, não tendo meios de produção próprios, são obrigados a vender sua força de trabalho para sobreviver.

A partir deste novo perfil de divisão de classes, ocorre à primeira intervenção do Estado no âmbito social, através de um viés assistencialista.

A expansão do capitalismo industrial, compreendida entre o final do século XVIII e início do século XIX foi marcada pela valorização do capital, exploração da força de trabalho, trazendo manifestações da desigualdade, gerando contradições evidenciadas de um lado com aumento da pobreza dos trabalhadores enraizados nos centros urbanos e de outro a concentração de riqueza.

Com a contradição gerada pelo sistema capitalista e as novas classes sociais surgidas a partir deste sistema fundado na produção e apropriação de riquezas, surge a categoria “questão social”. Para Carvalho e Iamamoto (1983, p. 77):

A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão.

A questão social surge então pela apropriação desigual ocorrida nas relações capital versus trabalho e passa a ser visualizada através de seus desdobramentos como exemplo: a fome, a violência, o desemprego, o analfabetismo e a falta de moradia.

Embora a categoria “questão social” tenha surgido de forma explícita no início do século XIX sob a questão do pauperismo, expressões da questão social podem ser verificadas ao longo da história, antes mesmo das sociedades pré-industriais¹.

Nos remetendo ao início do século XIV, ao período posterior à Peste Negra, identificamos a questão da “vagabundagem” ganhando maior amplitude e passando a ser encarada como uma ameaça à ordem social. Considerado como figura central na sociedade feudal o vagabundo era classificado como não inscrito em nenhuma profissão e sem vínculo geográfico estável.

Os “pobres vagabundos” são estigmatizados em uma sociedade que valida o ser a partir das suas relações com o trabalho, fazendo-os merecedores ou não das intervenções assistenciais. O fato é confirmado por Castel (1998, p. 41) “As populações que dependem de intervenções sociais diferem, fundamentalmente, pelo fato de serem ou não capazes de trabalhar, e são tratadas de maneira completamente distinta em função de tal critério”.

Surge então como critério para ser assistido o reconhecimento de uma incapacidade para trabalhar. Neste grupo classificado segundo sua desvantagem incluem-se crianças sem pais, cegos, paralíticos e velhos indigentes.

Divergente à categoria de incapacitado surge a figura do mendigo válido trazendo ambigüidade à questão, assim confirmado por Castel (1998, p.92):

Quando se faz a desconstrução da noção de mendigo válido, revela-se uma contradição insolúvel [...] De um lado, olha para assistência porque é carente de tudo; mas de outro, chama a repressão, pois é apto para o trabalho e deveria viver do sofrimento de seu corpo.

As políticas se constroem na dialética entre a assistência e repressão, porém na esperança de tornar os pobres em massa produtiva, proporcionando assim rentabilidade.

Conforme afirmado por Faleiros (2000, p.18) a questão social neste período “era enfocada como um problema de ajuda do Estado (liberal) e como um problema de repressão. A ajuda e a repressão combinavam-se para a manutenção da ordem social e da força de trabalho”.

¹ Castel (1998, p.43) define sociedade pré-industrial como: [...] o período histórico que, no Ocidente cristão, vai da metade do século XIV às profundas transformações ocorridas no fim do século XVIII. Sua relativa unidade será apreendida principalmente sob o ângulo das formas de organização de trabalho que aí se desenvolvem antes da “revolução industrial”

A assistência se remete à caridade, tendo a preocupação de “dar” aos bons pobres, delimitados em crianças, idosos e inválidos, enquanto o pobre válido, considerado vagabundo, será remetido à indigência. As regulamentações passam a proibir a esmola ao pobre válido conforme constatamos em Decrouzy (1998)² “aqueles que quiserem dar esmola, não devem dá-la a ninguém são de corpo e de membros que possa fazer tarefas por meio das quais possa ganhar sua vida, mas devem dar esmola aos aleijados, cegos, impotentes e outras pessoas miseráveis”.

Como característica da época, também relacionada a vagabundagem, são mencionados aqueles que vagam pelas estradas sem destino, mendigos considerados como quem rompeu suas relações como o domicílio e com as regras estabelecidas em sociedade. A presença de mendigos ao longo das estradas é confirmada por C. Paultre:

[...] encontravam-se nas estradas menestrelis, contadores de história, comerciantes de animais; soldados em licença ou que iam encontrar um exército lotavam os caminhos, lado a lado com uma multidão de mendigos, enquanto os bandos de ladrões povoavam os bosques próximos às estradas.

Como podemos verificar, a presença do mendigo, da esmola e da indigência são fatores que se encontram atrelados às transformações políticas, econômicas e sociais em diversos períodos históricos do contexto social. Conforme Prates, Reis e Abreu (2000, p.135):

A existência do mendigo ou moradores de rua não é um fenômeno característico dos tempos contemporâneos pois existem desde a antiguidade, e apesar de adquirir características próprias do momento atual, guarda a marca das profundas desigualdades e da exclusão social e constitui um fenômeno tipicamente urbano.

No atual contexto existem poucas discussões relacionadas ao surgimento e permanência dos mendigos na sociedade pré-industrial. A presença do mendigo, agora chamado de morador de rua, nos dias de hoje transcreve-se como figura que pode ser facilmente encontrada nos grandes centros urbanos do país e do mundo. Para melhor compreensão do processo de mudança de roupagem do morador de rua atual, considerado antes como provido de moradia, trabalho e visto como cidadão se retrata a questão do “ficar sem teto”, escolher a rua como local de moradia, assumindo novas representações sociais a partir dos estereótipos instituídos pela sociedade.

² In Castel (1998, p. 90)

2 - Morador de Rua: O estereótipo estigmatizado das representações sociais

Estando o sistema econômico e político brasileiro fundamentado no modelo de sociedade excludente, e considerando o fato da riqueza socialmente produzida concentrar-se em poder de poucos, ocorrem situações de instabilidade, desequilíbrios sociais que deixam uma parcela da população em condições de vulnerabilidade e risco social. A fragilidade das políticas públicas se expressa configurada na reprodução de desigualdades sociais, executada através de ações que tratam os problemas sociais como fatos isolados.

Neste contexto, não se torna difícil por parte da população verificar a existência de um grupo populacional que se encontra privado de todo e qualquer direito estabelecido, a população em situação de rua se faz presente nos logradouros das cidades, e embora facilmente identificados, passam despercebidos, tornam-se invisíveis diante da sociedade, bem como perante o poder público. De acordo com Yazbek (apud GABIATTI, 2003, p.25): “Falar de população de rua no Brasil, em pleno fim de milênio é falar também, de atraso histórico, descaso, ineficiência, e mesmo de ausência de políticas públicas e de direitos de setores empobrecidos e oprimidos da sociedade brasileira. (...)”.

Segundo (SAS/FIPE, 2000, p.5) o censo dos moradores de rua da cidade de São Paulo adota os termos população de rua e população moradora de rua inserindo neste conceito:

Todas as pessoas que não tem moradia e que pernoitam nos logradouros da cidade – praças, calçadas, marquises, jardins, baixos de viadutos – ou casarões abandonados, mocós, cemitérios, carcaças de veículos, terrenos baldios ou depósitos de papelão e sucata [...] também considerados moradores de rua aqueles que sem moradia, pernoitam em albergues e abrigos.

Sendo característica desta população, a falta de moradia faz com que muitas pessoas inseridas no grupo populacional em situação de rua sejam tratadas pela nomenclatura sem-teto, geralmente o termo é utilizado em centros urbanos com grande contingente de pessoas insatisfeitas com suas condições habitacionais e com a exploração dos proprietários de imóveis.

Reafirmando a problemática dos sem-teto ROSSI (apud LOVISI, 2005) afirma: “a definição das pessoas sem-teto, varia desde a condição daqueles indivíduos que vivem nas ruas/albergues até aqueles que vivem em habitações precárias ou moram de favor em domicílios de parentes/ amigos”.

A questão da falta de moradia se entrelaça às experiências ligadas diretamente a generalização da pobreza, vulnerabilidade e exclusão social. A falta do abrigo reivindicada pelos sem-teto hoje é consequência das transformações políticas e econômicas, resguardada pela falta de pertencimento social. Contextualizado por Kowarick (1991): “a moradia é o mundo da sociabilidade privada o que significa dizer ajuda mútua, brigas, rivalidades, preferências, tristezas, alegrias, chatices, planos, sonhos, realizações. É, por outro lado, abrigo contra as tempestades do sistema econômico”.

Também dentro do grupo classificado como pessoa em situação de rua podemos encontrar aqueles que possuem moradia na periferia, no entanto fazem pernoite semanal nas ruas, ou seja, não se deslocam às suas casas devido os gastos com transporte, mantendo-se no centro das grandes cidades devido a facilidade de conseguir trabalhos informais.

Retratando-se diretamente à população em situação de rua, mais especificamente ao morador de rua, termo que será adotado nesta pesquisa, os mesmos serão analisados enquanto grupo populacional que faz do espaço público da rua seu local de moradia e sobrevivência, tendo como característica o rompimento dos vínculos familiares e sociais. Vale retratar o conceito de população em situação de rua, sobre o prisma de Micheluzzi (2003, p.10):

Morador de rua, população de rua, ou povo de rua, termos que traduzem uma designação de forma consensual na maneira de se reportar a um segmento da sociedade que determina o afastamento de um ser humano do convívio familiar, bem como o rompimento de diversos outros vínculos sociais, entre eles o emprego e a moradia. Tendo em vista a grande quantidade de termos que se refere, muitas vezes, ao mesmo grupo populacional e que impedem uma caracterização correta fugindo dos arquétipos arraigados no senso comum que os vê como mendigos, vagabundos e ladrões.[...].

Podemos verificar a existência de representações sociais pejorativas por parte da sociedade no que se refere à população adulta de rua, vagabunda, suja, e perigosa são atribuições dadas às pessoas em situação de rua. As atribuições dadas pela sociedade e suas relações são evidenciadas a seguir:

- ↳ População em situação de rua classificada como vagabunda: considerando o trabalho como fator primordial para manutenção das condições de subsistência, é também através dele que o indivíduo legitima sua identidade, em se tratando o trabalho no âmbito do

mercado formal. As atividades desenvolvidas pela população em situação de rua expressam-se através do subemprego, exprimindo além da informalidade do trabalho, novas categorias adotadas como profissão, como exemplo: catadores de papel e “latinhas”.

Porém, sob a ótica do trabalho formal estas atividades são consideradas como improdutivas, preguiçosas e vagabundas. Segundo Di Flora (1987):

a população em situação de rua é assim estigmatizada, pois encara as condições básicas do modo capitalista de produção: a falácia de que todos possuem iguais oportunidades e a evidência de que, embora a produção seja social, a apropriação dos ganhos é sempre individual, sendo as pessoas em situação de rua testemunhas vivas de que a exploração e a desigualdade estão no cerne deste modo de produção.

A população em situação de rua figura então como incapaz, sem vontade para o trabalho, enfim, classificada como vagabunda.

- ↳ A população em situação de rua classificada como louca: o fato da população em situação de rua expressar um comportamento atípico da legitimização de vida comum em sociedade, faz com que suas atividades sejam caracterizadas como distúrbios de comportamento e personalidade, relacionados diretamente às doenças mentais.
- ↳ A população em situação de rua classificada como suja: a tipificação dos moradores de rua associando-os a “sujeira” surge baseada em um discurso higienista, rotulando e estigmatizando o morador de rua enquanto suas condições de higiene. A tipificação pode ser explanada por Magni (1994, p. 134):

O estereótipo do nômade urbano é clássico roupa esfarrapada, pele encardida com dermatoses, às vezes abrindo em feridas, corpo marcado por cicatrizes; unhas das mãos e dos pés enegrecidas, compridas e, por vezes, deformadas; dentes em parte caídos, em parte cariados; cabelos ensebados, olhos congestionados, etc. São signos genéricos que contam a trajetória social e tornam evidente que o indivíduo faz parte da população pobre que habita as ruas.

- ↳ População em situação de rua classificada como perigosa: podemos verificar por parte da sociedade além do estranhamento em relação às práticas realizadas pelos moradores de rua, sua presença apesar de pública não é percebida e quando o for, disfarçadamente as pessoas se afastam. O estigma relacionado ao morador de rua como criminoso se mantém, e o medo transparece como símbolo de desigualdade do homem pelo próprio homem.

Perante as representações sociais atribuídas aos moradores de rua, fundamentadas muitas vezes na naturalização do fenômeno, a realidade apresentada é vista como imutável, definitiva, os moradores de rua são vistos como consequência da degradação física e moral do indivíduo, pois já não pertencem aos *padrões normais* instituídos em sociedade, é como se estivéssemos nos referindo a uma outra natureza. Esta discrepância entre os indivíduos é afirmada por Buarque (2000) “acrescenta que pode estar em andamento um processo de “dessemelhança” entre seres humanos marcado pela imagem do cidadão em situação de rua como alguém destituído do pertencimento à espécie humana”.

Posterior a decorrência da tipificação do morador de rua perante os parâmetros sociais instituídos, faz-se uma distinção relacionada à permanência das pessoas na rua enquanto grupo de pessoas em situação de rua.

A distinção é feita entre as pessoas que por uma condição de instabilidade financeira ou até mesmo vindas em busca de trabalho passam a ficar na rua, com outras pessoas que inicialmente passam a pernoitar na rua e estabelecem relações com a população que já se identifica como sendo da rua. Aqueles que já se intitulam como os que “são da rua”, dela fazem seu local de sobrevivência e moradia. Conforme VIEIRA (apud TIENE, 2004, p.16) segue a explicação do ficar, estar e ser da rua:

*Ficar na rua*³ é uma situação circunstancial que reflete um estado de precariedade por estar desempregado/a durante um longo período; estar chegando na cidade em busca de emprego, de tratamento em saúde ou de parentes que não encontram. Nesses casos, diante a vulnerabilidade do não atendimento, e com medo de dormir na rua, as pessoas procuram passar a noite em rodoviárias, em lugares públicos de maior movimento, para não serem identificadas com os/as moradores/as de rua;

Estar na rua é uma situação dos que já não consideram a rua tão ameaçadora e passam a estabelecer relações com pessoas que vivem na rua, assumindo como estratégias de sobrevivência a realização de pequenas tarefas com algum

³ Grifos do autor

rendimento (guardadores/as de carros, descarregadores de cargas, catadores/as de papel e latinhas). Normalmente apresentam-se como trabalhadores/as desempregados/as, alternando a rua com algum lugar de residência que mantém mais como referência. São pessoas que apresentam maior possibilidade de sair da rua e retomar a vida com familiares.

Ser da rua à medida que vai aumentando o tempo na rua, a pessoa vai sofrendo um processo de debilitação física e mental, pelo uso do álcool e de drogas, passa a não se alimentar e esta mais exposta a sofrer e praticar violências. Nesses casos, a rua passa a ser o espaço de moradia e das relações pessoais mais permanentes.

Pode-se constatar que enquanto consideradas as duas primeiras situações de permanência na rua, mesmo que as pessoas alternem a atividade de pernoite entre os albergues e o espaço público da rua, consiste ainda uma relação com o trabalho, mesmo que de maneira informal, o indivíduo apresenta perspectiva em reverter a situação em que se encontra inserido. Porém, a partir do momento que a eventualidade do pernoitar na rua transforma-se em hábito constante, os desgastes físicos e mentais, associados às condições escassas de higiene, se tornam fatores contrários a viabilização do trabalho.

O grupo de moradores de rua caracterizado não somente por pernoitar na rua, mas por utilizar-se do espaço público de forma permanente, desde sua moradia às práticas de subsistência, são considerados como sem existência legal, pois na maioria das vezes não possuem documentação, ou até mesmo por motivos subjacentes os próprios moradores de rua se desfazem da mesma.

Na verdade, os moradores de rua, hoje em tempo integral no espaço público, tiveram desconstruída sua antiga identidade; o processo perpassou por perdas, materiais e afetivas, pela desconstrução dos valores antes evidenciados, os mesmos foram fadados à invisibilidade, mesmo estando presente de forma integral e visível sobrevivendo da sobras da sociedade.

Inseridos no contexto da invisibilidade e do esquecimento, os moradores de rua são parte de uma população desconhecida de seus direitos e compelida ao isolamento social. Porém, em se tratando de pessoas em situação de vulnerabilidade e risco, se fizeram necessárias implementações de políticas públicas de atenção a essa população. A nível municipal, como proposta de viabilização das políticas públicas de atenção ao morador de rua, surge o Projeto Abordagem de Rua.

3 - Projeto Abordagem de Rua

A proposta de atendimento ao morador de rua da cidade de Florianópolis, se concretiza através de um Programa que consiste numa política pública que é resultado de um processo coletivo de articulação entre o poder público e a sociedade civil, visando à implantação e implementação de ações a partir da verificação das demandas levantadas.

A rede municipal de atendimento ao morador de rua é constituída pelos Projetos de: Abordagem de Rua, Núcleo de Apoio à Família – NAF Rodoviário, Atendimento a Dependentes Químicos, Casa de Apoio Social (em implantação) e Restaurante Prato Popular.

O Projeto Abordagem de Rua inicialmente prestava atendimento a crianças e adolescentes, instituído em 1992, após longas discussões de como vinham sendo tratadas as políticas de atendimento a crianças e adolescentes em situação de rua em Florianópolis, bem como a partir do advento do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA. Com relação à população adulta em situação de rua o projeto iniciou suas atividades no ano de 1996, no entanto, não atuava de forma sistematizada, não existindo uma equipe técnica específica para prestar esse tipo de atendimento.

A partir do mês de Setembro de 2001, o Projeto foi revisto e teve um novo redimensionamento, a equipe técnica foi ampliada, deixando de atender somente crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade e risco social, passando a atender toda a população adulta em situação de rua.

A idéia foi realizar um trabalho integrado, onde os técnicos fazem um primeiro contato com essa demanda e um pré-diagnóstico através de visitas domiciliares e articulação com outras entidades, com o objetivo de alcançar uma maior efetividade no atendimento da demanda existente.

O Projeto Abordagem de Rua, da Prefeitura Municipal de Florianópolis está vinculado à Secretaria Municipal da Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social e constitui-se numa política pública de atendimento que atua em âmbito municipal atendendo crianças, adolescentes e adultos em situação de rua.

O Projeto caracteriza-se como uma proposta sócio-educativa, que tem como objetivo oportunizar o resgate de vínculo de crianças adolescentes e adultos que fazem das ruas seu espaço

de moradia e sobrevivência, com segmentos organizados da comunidade (família, escola, unidades de saúde, programas e/ou projetos sociais, recambiamentos e comunidades terapêuticas, evitando sua exposição aos riscos que a rua oferece.

A equipe técnica do Projeto é composta por: uma Coordenadora, que sempre é uma Assistente Social, dado a especificidade profissional do Assistente Social estar relacionado às populações de vulnerabilidade e risco social; 6 Educadores Sociais, 1 Assistentes Social, 1 Estagiária de Serviço Social e 1 Auxiliar Administrativo, também fazem parte da equipe 2 motoristas e 1 policial militar.

O trabalho da equipe técnica é executado através de abordagens sistematizadas, nas quais os técnicos da equipe percorrem os locais onde é mais recorrente a presença de moradores de rua na cidade de Florianópolis, seus pontos fixos, como Praça XV de Novembro, Largo da Alfândega e Mercado Público, buscando conhecer a população em situação de rua, inserida em seu contexto social, suas expectativas, vivências e trajetórias de vida.

A partir da tentativa diária da aceitação interventiva por parte do usuário, a equipe técnica busca a construção e estabelecimento do vínculo, viabilizando uma relação de confiabilidade junto a este grupo populacional, e possibilitando ao técnico a aproximação com a demanda, facilitando assim a ação profissional.

A intervenção profissional também é viabilizada através do atendimento de denúncias. As denúncias são efetuadas por parte da população em geral, bem como por órgãos de todas as instâncias (Polícia Militar, COPOM, Conselho Tutelar e outras). Normalmente as denúncias são feitas a Central de Denúncias da SCAIFDS através do telefone 0800643 1407, e posteriormente repassadas à equipe técnica do Projeto Abordagem de Rua para que sejam averiguadas as situações, a partir da verificação da denúncia e do pré – diagnóstico são efetuados os devidos encaminhamentos.

O atendimento das denúncias traz à equipe técnica uma realidade diversificada, exigindo ações variadas por parte da equipe, bem como o conhecimento da rede de atendimento. Como exemplo de denúncias poderemos citar crianças vendendo balas, homem alcoolizado caído, pessoa machucada, pessoa com distúrbio psiquiátrico em surto, entre outras.

Realiza-se também atendimento individualizado na sede do Projeto, o atendimento geralmente é viabilizado quando a procura surge da parte do usuário, que busca algum tipo de ação interventiva. São comuns atendimentos que envolvem orientações a respeito de

documentação, benefícios, tratamentos de saúde, bem como pessoas que não tem local pra ficar, estas geralmente vieram em busca de trabalho e são chegadas recentemente na cidade.

Parafraseando Lima (2004) pode-se definir que o profissional do Serviço Social que exerce atividade no projeto Abordagem de Rua, utiliza-se do processo Sócio - Assistencial como eixo norteador para execução de suas ações, ou seja, a ação interventiva profissional se realiza diretamente com o usuário. No projeto em questão o processo Sócio - Assistencial pode ser verificado devido à ação interventiva dar-se através do resgate de vínculo com crianças, adolescentes e adultos que fazem das ruas seu espaço de moradia e sobrevivência.

Concordando com a subdivisão dos processos sócio-assistenciais para Lima (2004), três categorias de ações são utilizadas para realização das atividades que envolvem os profissionais do Projeto Abordagem de Rua. São eles:

Ações Sócio - Emergenciais: são as ações desenvolvidas para atender as demandas com caráter de emergências. Essas ações são realizadas pelos técnicos do Projeto Abordagem de Rua no caso do usuário a ser atendido encontrar-se alcoolizado, machucado, com transtornos psiquiátricos, no caso de alguma criança perdida; posteriormente ao contato com o usuário, é realizado um pré - diagnóstico da situação, a partir disso são efetuados por parte da equipe os devidos encaminhamentos visando o suprimento das necessidades básicas e de caráter emergencial.

Ações Sócio - Terapêuticas: são as ações desenvolvidas no projeto em questão para atender a situações que trazem sofrimento ao usuário de forma individual ou grupal, são demonstradas devido ao grande número de dependentes químicos que fazem das ruas seu espaço de moradia, bem como pessoas portadoras de deficiência, pessoas com transtornos psiquiátricos, não esquecendo de crianças e adolescentes autores de atos infracionais.

Ações Sócio - Educativas: são pautadas através do estabelecimento de vínculo entre os profissionais e usuários, através do diálogo e conhecimento da realidade vivenciada pelos moradores de rua, os técnicos trabalham juntamente ao usuário para que ele desenvolva em si o resgate de autonomia para modificar a situação de vulnerabilidade e risco social e pessoal em que o mesmo encontra-se inserido.

O Projeto Abordagem de Rua atua em parceria com a Polícia Militar, Associação Florianopolitana de Voluntários – AFLOV, Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, Instituto de geração de Oportunidades – IGEOF, Companhia de Melhoramentos da Capital (COMCAP),

Fundação do Meio Ambiente (FLORAM), Secretaria de Urbanismo e Serviços Públicos (SUSP), com a proposta de viabilizar os devidos encaminhamentos a cada situação diagnosticada em sua individualidade.

Os encaminhamentos efetuados se apresentam conforme a especificidade das situações e envolvem Hospitais, Conselhos Tutelares, Programas sócio-educativos que integram a rede (PETI, Agente Jovem, Casa da Liberdade, Casa de Passagem), Comunidades Terapêuticas, SINE, NAF – R (Projeto Núcleo de Atenção à Família).

Podemos relatar que o poder Público Municipal vem desenvolvendo, através de suas secretarias municipais, diversas ações de alcance social para atendimento aos cidadãos, principalmente na área da assistência social, habitação, criança e adolescente, família, saúde e educação entre outras. As ações desenvolvidas visam a melhoria da qualidade de vida de seus munícipes, para assim transformar, ou buscar a diminuição do quadro de carência sócio-econômica vivida por um contingente significativo da população na cidade de Florianópolis.

No que se refere a população em situação de rua (criança, adolescente e adulto) a maioria é migrante, que perpassa por diversos municípios em busca da melhoria das condições de sobrevivência, e sem capacitação profissional e educacional não conseguem espaço no mercado de trabalho, colocando assim seus filhos em situação de exploração econômica, assumindo assim o papel de provedores da família. Algumas famílias engrossam o processo de favelização, outras se alojam nas ruas, passarelas, casas abandonadas ou em baixo de pontes e viadutos.

Em face da exclusão social, fruto da desigualdade, o morador de rua encontra-se em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social, demandando serviços de proteção especial de média complexidade conforme preconiza o SUAS.

Para melhor visualizar a amplitude das carências, características e diversidade deste grupo populacional será necessário conhecer os comportamentos dos moradores de rua, com o intuito de proporcionar uma melhor constatação da realidade, buscando assim entender como ocorrem às relações com o meio onde os mesmos encontram-se inseridos, bem como suas relações interpessoais.

4 - Diversidade e Comportamento na População em Situação de Rua:

Analisando o grupo populacional dos moradores de rua, enquanto grupo heterogêneo, composto por pessoas com trajetórias distintas, será possível nesta pluralidade da realidade destes indivíduos sociais identificar especificidades e características pelas quais o grupo se subdivide e se identifica entre si.

Para melhor compreensão serão explanadas categorias que são utilizadas pelos próprios moradores de rua, os termos utilizados surgem a partir de características relacionadas ao cotidiano vivenciado pelos mesmos.

Entre os moradores de rua encontram-se os maloqueiros, termo utilizado entre os moradores de rua referindo-se a aqueles que fazem uso do “mocó”, também chamado de maloca, fazendo referência ao local onde permanecem durante o dia ou pernoitam. No local, normalmente encontram-se colchões, cobertores, pertences pessoais e até mesmo utensílios domésticos. Também são utilizados como locais para pernoitar rodoviárias, embaixo de marquises, praças e pontes.

Também encontramos aqueles que se utilizam os albergues considerando migrantes que vem em busca de trabalho ou até mesmo os que chegam à cidade recentemente. A estes é atribuído o termo albergado.

Parafraseando o estudo do perfil etnográfico realizado por Brognoli (1996) em Florianópolis, com relação aos moradores de rua o mesmo constatou que os grupos se auto diferenciavam entre trecheiros e pardais. Um dos eixos de diferenciação considerado tem relação à mobilidade, encontra-se relacionado ao trajeto percorrido por trecheiros e pardais.

A figura do trecheiro encontra-se relacionada aos migrantes que em busca de melhores condições de trabalho lançam-se às estradas deslocando-se de cidade a cidade, Estado a Estado, migrando até mesmo para outros países.

Contextualizando a existência de trecheiros em meio à população adulta de rua em Florianópolis segundo Franzoni (2002, p.43-4):

A população migrante adulta e em situação de rua em Florianópolis, busca emprego nesse pólo turístico, porém tem grandes dificuldades para inserção no mercado de trabalho. [...] apresentam baixo nível de escolaridade, pouca ou

nenhuma qualificação profissional [...]. Grande parte da população adulta de rua é formada por migrantes que vão de município em município, a princípio em busca de emprego. Ao encontrar uma realidade totalmente adversa àquela esperada, passa a alojar-se nas ruas, embaixo de pontes, passarelas; [...].

Também verificada entre os moradores de rua de Florianópolis a categoria “pardal”, é atribuída aos que reagem com passividade à realidade que se apresenta, normalmente estabelecem os percursos a serem adotados, sem demonstrar grande mobilidade, geralmente fixam-se em um local e não trabalham. Com referência a adesão do termo pardal, Micheluzzi (2003, p.15) explica: “estes, assim denominados porque, como as aves de mesmo nome, nunca se afastam de seus ninhos, circulando sempre pelos mesmos locais de modo a conseguir satisfazer suas necessidades”. O grupo classificado como pardais se focaliza em diferentes pontos da cidade de Florianópolis, os que estão em maior evidência são: Praça XV de Novembro, Praça Getúlio Vargas, Largo da Alfândega e Mercado Público.

Perambulando de um lado a outro, porém não saindo dos limites escolhidos como seu habitat, em grupo ou muitas vezes isoladamente e falando sozinhos poderá nessa população ser encontrado um grande número de doentes mentais. O fato de estarem nas ruas muitas vezes está relacionado à negação da família enquanto instituição cuidadora e responsável, e ineficiência das políticas públicas de atendimento à saúde.

Embora haja diferenciações internas entre os moradores de rua enquanto grupos que fazem parte de uma mesma população, poderão ser identificadas características e rotinas atribuídas à população em situação de rua de um modo geral.

As ações que envolvem o cotidiano dos moradores de rua estão fundamentadas num conjunto padronizado de comportamentos que se caracteriza a partir da falta de perspectivas, perda de auto-estima e rompimento dos vínculos familiares, acarretando na debilitação do sujeito de forma física e social, analisado enquanto parte do fenômeno tipicamente urbano vinculado à desigualdade e exclusão social.

Os moradores de rua inseridos num contexto de pauperização da condição de moradia e falta de meios para sua subsistência, distantes das atividades formais como relação de venda de sua força de trabalho, utilizam-se de estratégias de sobrevivência para suprir suas necessidades.

Como estratégias para aquisição de recursos, os moradores de rua realizam atividades não regularizadas como exemplo, a catação de papel, latas, trocas de objetos, a guarda de carros, mendicância, distribuição de drogas, prostituição e furtos. Para estas atividades os moradores de

rua atribuem o termo “fazer correrias”. No caso de doentes mentais, estes sobrevivem através de doações, mendicância e catando comida no lixo. Confirmando tais situações Tiene (2004 p.70) coloca:

Na rua homens e mulheres vivem um cotidiano voltado para sobrevivência, fora dos padrões hoje reconhecidos: trabalho informal, precário, ajustado apenas às necessidades imediatas (o pão e o café, a refeição do dia etc.) e podem usar artifícios, nem sempre legais, apesar de serem considerados morais, para a consecução dessas necessidades.

Os recursos adquiridos, normalmente não tem apenas ligação com a manutenção dos hábitos alimentares dos mesmos, sendo que a maioria dos moradores de rua busca o suprimento alimentar nas “bocas de rango”, termo que se refere aos locais que de forma diária distribuem comida aos mesmos. Muitos dos moradores de rua têm fornecedores garantidos, tendo assim locais fixos para busca da comida, outros, através do uso desenfreado de drogas, alimentam-se de forma irregular.

Relatada como estratégia para minimizar a fome, enfrentar o frio e encarar a “correria”, a utilização de substâncias psicoativas, como o álcool e drogas fazem parte da vida nas ruas. O uso de drogas também pode ser encarado como forma de socialização entre os membros que compõem os grupos em situação de rua, porém muitas vezes se torna fator agravante nas discussões e brigas entre os mesmos.

A dependência química evidenciada no grupo de moradores de rua traduz-se através do uso abusivo e associativo de substâncias, entre elas podemos verificar o uso de álcool, maconha, cocaína e crack. Encarada como sendo uma doença crônica, caracterizada pela compulsividade, se considerada a relação alterada entre o indivíduo e seu modo de consumir determinadas substâncias. A dependência química é entendida como doença que envolve aspectos bio-psicossociais, pois além de limitar o indivíduo em suas relações sociais, ocasiona a ele problemas físicos e psicológicos.

Também relacionada a indivíduos portadores de transtornos mentais, que fazem parte da população em situação de rua, a dependência química se apresenta através do uso de substâncias psicoativas relacionados a duas ou mais patologias no mesmo indivíduo, a partir disso tem-se o conceito tratado na área da saúde como comorbidade.

Conforme destacamos a população em situação de rua está ligada a doenças como a dependência de substâncias psicoativas e distúrbios psiquiátricos, sendo público-alvo da Política de Saúde Mental. Porém, apesar de buscar alternativas antimanicomiais, e, estar em fase de implantação, não conta com estrutura que dê acesso a essa população.

Não apenas nos referindo ao âmbito mental, mas aos serviços disponíveis na área da saúde, viabilizados através do Sistema Único de Saúde (SUS), não se encontram adequados para atender a população em situação de rua, destacando-se nesta verificação às exigências para obtenção do cartão que viabiliza o atendimento, tendo em vista que o morador de rua geralmente encontra-se desprovido de documentação e não possui endereço fixo.

As doenças que atingem com maior frequência à população em situação de rua são HIV/AIDS, doenças sexualmente transmissíveis (DST), tuberculose, doenças respiratórias, escabiose e outras doenças de pele.

O uso abusivo do álcool e drogas, somado à falta de moradia que dificulta também a melhoria das condições de higiene, e a má alimentação, desenvolvem no morador de rua uma debilidade física e mental, atingindo em maior proporção àqueles que se encontram há mais tempo inseridos neste contexto.

Em se tratando dos tratamentos que exigem comportamentos regrados, como é o caso da Aids e tuberculose, normalmente os moradores de rua não respeitam suas exigências, ocasionando assim o aumento de sua debilidade física, infectando outras pessoas e até mesmo morrendo nas ruas.

O morador de rua demonstra através de suas atitudes diferentes aspectos, como a dificuldade de se comprometer, expressa um vazio existencial, trabalha o ocultamento da sua identidade adquirindo novos nomes sentindo-se impotente perante uma realidade que se concretizou através da submissão perante si mesmo e esquecimento frente aos direitos conquistados. Assim, para D'Incao (1993 p.28-31):

O homem de rua é uma pessoa que foi pouco a pouco, perdendo seus territórios. Resta-lhe como último território ou espaço de defesa, seu corpo. Um corpo que esta doente e requer cuidados. Trata-se de pessoas que perdem, primeiramente suas próprias raízes, quando saem de casa em busca de uma vida melhor. Nessa busca que não cessa, vão perdendo também o sonho ou, de um outro ângulo, o futuro.

O morador de rua encara suas condições de vida de forma diária, no presente, no imediato, não tem preocupação com o dia de amanhã, nem tão pouco com o futuro, seu passado já não faz parte de si, seu presente o envergonha, o estigmatiza, o condena. Conforme Alves (1997 p.106):

Para quem está na rua, o relógio parou. Não mais existe ontem nem existirá amanhã. Vive-se num presente imenso e sem sentido, que bloqueia a lembrança do passado e impede que se tenha esperança no futuro. O processo de perdas sucessivas é de tal modo rápido e destruturante que não há como processá-las, que dirá superá-las.

Posteriormente a este processo de perdas sucessivas, para que melhor se compreenda a rotina na qual atualmente os moradores de rua encontram-se inseridos, suas relações e convivência, torna-se necessário retratar o cotidiano vivenciado por eles diariamente.

5 - Cotidiano dos Moradores de Rua

O cotidiano dos moradores de rua é marcado por atividades que se resumem a uma rotina diária na busca pela sobrevivência, na busca pelo que comer, e até mesmo na busca pela droga que o satisfaz, procurando assim suprir as lacunas do direito e cidadania que se encontram distantes de serem concretizados.

Ainda que sendo chamados de vagabundos, a rotina diária dos moradores de rua é marcada pela "correria"; mesmo as pessoas destinando-se a eles como pessoas que não fazem nada, pode-se verificar que o grupo populacional dos moradores de rua ocupa-se o dia todo, estão sempre em atividade, demonstram mobilidade diária, deslocando-se de um local a outro diversas vezes durante um mesmo dia. Durante as conversas entre o grupo, nota-se que sempre há uma preocupação sobre as questões relativas à sobrevivência, os assuntos permeiam questões relacionadas à alimentação, como conseguir comida, dinheiro, quem irá comprar o "tubo", pegar o "bagulho" ou comprar remédios. O esclarecimento do termo *correria* é especificado por Tiene (2004,p.126):

Fazer *correria*, como se expressam as moradoras/es é buscar recursos em dinheiro ou em espécie para suprir as necessidades imediatas. Entre eles, é a palavra que mais se ouve e abrange vários tipos de ação. Envolve desde catar

latas ou papel /papelão, guardar carros, guardar lugar na fila do INSS, pedir ajuda ou comida, até praticar pequenos furtos quando a ocasião se apresenta, bem como passar droga.

Os laços de afinidade entre os moradores de rua são marcados através de atos de solidariedade e companheirismo, eles se auto-ajudam e mantêm entre si muitas vezes uma relação de família. O comparativo das relações interpessoais estabelecidas na rua encontra-se interligado à questão da família e poderá dar-se em relação ao cuidado e proteção evidenciado entre os membros do grupo. Neste sentido, referendamo-nos a concepção de família considerada por Miotto (1997, p. 120):

A família pode ser definida como um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consangüíneos. Ele tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros, e se encontra dialeticamente articulado com a estrutura social na qual está inserido.

A construção do grupo enquanto família deverá considerar a grande mobilidade dos moradores de rua, bem como a receptividade constante de novos agregados, se respeitadas as regras do grupo, a pessoa será bem acolhida e receberá colaboração inicial, já que os “novatos” têm mais dificuldades em conseguir recursos.

Tendo como uma característica dos moradores de rua, apresentar-se enquanto grupo marcado por uma rotina diária de atividades, porém, sem horários pré-destinados para execução das ações cotidianas, as tarefas ocorrem aleatoriamente, não existe hora para comer, dormir ou acordar, sob este aspecto a rotina dos moradores de rua mostra-se extremamente desregrada.

Geralmente suas atividades iniciam a partir do momento em que a cidade “acorda”, ou seja, com o movimento dos transeuntes pelas ruas do centro; e se estendem até a madrugada. O prolongamento do horário no período noturno muitas vezes é atribuído ao constante uso de drogas, causador da insônia, inquietação e desconfiança por parte dos moradores de rua.

Constantemente os mesmos também são acordados durante a madrugada por policiais, e muitas vezes referem-se a pessoas que constantemente os vigiam, segundo eles geralmente são pessoas que querem fazer algum tipo de maldade contra os mesmos, por isso é de extrema importância que alguém do grupo fique vigiando o local.

Com o passar do tempo morando nas ruas, ou melhor, com o aumento do tempo em situação de rua, os moradores de rua parecem se adaptar às condições em que o meio onde vivem oferece. As preocupações por parte do grupo ligadas às questões de aparência e higiene parecem perder-se através do tempo, os banhos são tomados esporadicamente, e embora pareçam de grande importância aos discursos higienistas, de nada valem ao morador de rua, pois este não tem centralizado em seu aspecto físico grandes preocupações. Doenças de pele, escabiose, carrapatos e bernes são frequentemente encontrados, marcando os corpos dos moradores de rua, o fato poderá ter relação à convivência próxima com cães, troca de roupas e cobertores entre si. Nos retratando à questão dos cães, não é difícil encontrarmos moradores de rua munidos de pacotes de ração para os cães que convivem juntamente com os mesmos nas praças, os cachorros são cuidados por todos. Muitas vezes na ocasião em que um dos moradores de rua é hospitalizado, surge a preocupação por parte do mesmo de designar alguém do grupo que cuide de seu cachorro.

Observa-se então que o morador de rua nada centraliza em si no ambiente público como espaço das relações. Devido a sua baixa auto-estima, o mesmo negligencia sua saúde, coloca suas necessidades em segundo plano, solicita intervenção somente no momento em que sente dor, tenta demonstrar que é forte; porém, quando nota em si seu enfraquecimento, demonstra sua preocupação, transparece a fraqueza guardada como sentimento da interioridade do ser, lembra-se da morte de tantos outros que se foram e demonstra seu medo temendo que seja sua vez.

No momento em que a debilidade física de um dos membros chega ao grupo, estando esse incomodado pelas dores corporais, feridas e tosse, a normalidade do grupo enquanto família seria apoiá-lo; isso realmente ocorre no início do processo, os membros auxiliam nos cuidados e na busca de remédios, mas, a partir do momento que o grupo identifica que o membro em questão passa por situação de extrema debilidade, automaticamente o próprio grupo solicita intervenção e rejeita aquele que se encontra debilitado. O grupo parece querer livrar-se, nega-se a presenciar tal fato.

Normalmente o ato de rejeição àquele que se encontra doente tem relação ao fato de que muitos dos moradores de rua sofrem das mesmas enfermidades, como HIV e tuberculose. Devido ao grupo encontrar-se inserido na mesma realidade e portar-se da mesma forma que o morador de rua debilitado, sem cuidados com a saúde e higiene, sob uso contínuo de drogas, o doente tomará lugar de um espelho, refletindo que com o passar do tempo outros estarão na mesma condição.

O uso abusivo das drogas e a dependência química são fatores que mantêm o morador de rua, arraigado neste meio, entre eles há um grande número de dependentes de álcool, mas em sua maioria, os moradores de rua apresentam dependência cruzada. A dependência química, bem como os meios de subsistência nas ruas, fazem com que homem e mulher, moradores de rua utilizem-se de estratégias para conseguir substâncias que, segundo os mesmos, são encorajadoras para o enfrentamento desta realidade. As estratégias para conseguir drogas, além do trabalho informal, a mendicância e furtos encontram-se relacionadas também à prostituição. Não somente as mulheres utilizam-se da venda do seu corpo para manter sua dependência, muitos dos homens moradores de rua conseguem substâncias ilícitas através de “programas” de caráter bissexual.

Não que os mesmos se assumam cotidianamente como tais, pelo contrário, fazem questão de declarar no ambiente público a masculinidade e o poder exercido através relações heterossexuais, homem e mulher; no entanto, classificam a dependência química como causadora do exercício destas relações, justificando-se e vitimizandose perante tal comportamento, explicitando o mesmo como uma desconstrução de valores morais e éticos perpassados anteriormente à vida nas ruas, porém visto atualmente pelos dependentes químicos como um “mal necessário”.

É neste contexto social que operam entre homens e mulheres em situação de rua suas relações interpessoais. Analisando as relações fundadas no espaço público da rua, tanto em grupo quanto individuais, pode-se verificar entre homens e mulheres parte de um mesmo grupo populacional, características cotidianas estreitamente semelhantes, porém que em sua interioridade sugere diferenças substanciais de caráter comportamental e psicológico, que se encontram intrínsecas nas relações de gênero estabelecidas a partir da convivência entre os mesmos.

Os homens moradores de rua estabelecem em relação às mulheres uma postura instituída de que eles são mais fortes, tornando-se assim responsáveis pelo cuidado e proteção de suas companheiras. As mulheres reconhecem que precisam ser protegidas, normalmente associando a proteção às relações afetivas. O fato de o homem transpor-se como protetor, favorece o mesmo na tentativa de fazer com que a mulher venha a acatar o seu domínio e suas vontades.

As relações afetivas são encaradas de forma diferenciada entre homens e mulheres moradores de rua. A mulher remete-se com facilidade as relações conjugais, normalmente referindo-se a relações de afetividade expressadas através do afeto, amor, companheirismo,

mantendo assim os padrões tradicionais, dando maior importância ao amor do que a relação sexual. O homem mantém na relação conjugal um caráter dominador, permeado por exigências, domínio e ameaças associado a novas experiências, muitas vezes permeadas pela traição. Muitas vezes o fato da mulher ter um companheiro nas ruas encontra-se associada à estratégia de não sofrer outras formas de violência pelos demais homens moradores de rua, tal como violência sexual. Reafirmado por Tiene (2004, p.134):

[...] Ter um marido mesmo que temporariamente, é uma forma de proteção para não ser violentada ou submetida aos desejos de outros homens, [...] podemos perceber que a mulher coloca o limite na relação, preservando padrões considerados “mais normais” na relação homem /mulher preserva a moral que desenvolveu na família, na casa, no espaço privado e íntimo. Enquanto que para o homem, talvez sob a influência do coletivo e do público, a situação favorece ou o estimula a querer novas experiências.

Nas relações cotidianas as mulheres participam das atividades em busca da sobrevivência, porém, é o homem que busca manter a postura de provedor nas relações afetivas estabelecidas no espaço público da rua.

Muitas das mulheres moradoras de rua conservam em si aspectos da feminilidade, usam batom, roupas combinando, sapato de salto; enquanto outras se apresentam com trajes masculinos, mostrando-se assim valentes e autoritárias, baseando-se na postura masculina como forma de intimidação.

A mulher moradora de rua transforma-se, desmistifica tabus, renega valores instituídos, delimita até que parte de sua trajetória quer lembrar; no entanto expressa ambigüidade em sua realidade, pois da mesma maneira que lembra das violências sofridas, das perdas deste processo, do que teve, do que foi, não vê em si própria meios para o restabelecimento de sua emancipação social. É intimidada pelo homem, não questiona, não opina, sente-se dependente dele, em troca, todo e qualquer tipo de violência encarado como proteção.

A proteção dada à mulher moradora de rua não deveria advir do homem da rua enquanto “protetor”, mesmo por que como a moradora de rua, o mesmo encontra-se banido de todo e qualquer direito estabelecido, vive em condições de isolamento e exclusão social, não sendo reconhecido nem sequer como cidadão.

Em meio a tantas violências a que está submetido o morador de rua, soa irônico definir que inserido nesta condição, as perspectivas de mudanças são praticamente inexistentes, talvez

como resposta a tal “falta de vontade”, tenhamos a figura daquele que se anulou, que tanto faz, que esqueceu que também faz parte do contexto social como cidadão de direitos. É nessa relação de descaso para com a existência humana que está inserida a figura da mulher moradora de rua, a qual se abstém do direito conquistado e humano, tornando-se também parte de um enredo processual da exclusão social.

6 - Recorte de Gênero – Mulheres Moradoras de Rua

Pessoas com diferentes origens, grau de escolaridade, com adversas formas e motivos de terem chegado às ruas, com variadas estratégias de sobrevivência e com maneiras peculiares de enfrentar a realidade a que estão submetidos. Em comum, apresentam a solidão, a rua como casa e a falta de pertencimento social.

Composta por tantas adversidades e características comuns entre si, à população em situação de rua também apresenta uma análise relacional entre os sexos. Devemos entender que este grupo populacional, não é composto somente de “moradores de rua”, afinal, a figura feminina também se encontra inserida neste contexto, que faz parte de uma sociedade constituída por homens e mulheres.

A diferença entre o homem e a mulher, imposta de forma histórica e cultural, foram construídas de modo que a figura feminina esteja ligada ao corpo frágil e subordinado, estando relegada a uma posição secundária na sociedade.

Considerando que o papel da mulher historicamente ficou limitado ao espaço físico e social da casa, sendo ela referência da submissão e limitação do ambiente privado, tornou-se símbolo da construção da identidade para o interno, tornando-se reprodutora e socializadora do ambiente familiar. Segundo Alves (1987, p.55) “o masculino e o feminino são criações culturais e, como tal, são comportamentos apreendidos através do processo de socialização que condiciona diferentemente os sexos para cumprirem funções sociais específicas e diversas”.

Tradicionalmente, a definição de papéis e comportamentos individuais encontra-se relacionada à estruturação das esferas ligadas ao público e privado. Onde o privado define especificidades e delimitações correlacionadas à feminilidade, enquanto o público torna-se espaço para o desenvolvimento da masculinidade.

Em meio a tantas delimitações em relação ao espaço físico e atribuições femininas ligadas ao privado, o morar na rua poderá trazer uma sensação de liberdade e independência para a mulher. Sem delimitações de espaço, esta poderá atribuir fatores positivos à mudança do privado para o público. Conforme Tiene (2004, p.126):

Até mesmo a violência, as humilhações e o sofrimento pelos quais passam as moradoras na rua parecem ser superados pela possibilidade de ter uma independência com relação à pressão de familiares, do isolamento e do cotidiano do doméstico que oprime e massifica. Isso sugere que a rua é lugar de reconstrução para algumas mulheres.

Portanto, analisando nesta relação o espaço privado como sendo o ambiente doméstico, a casa, não podemos esquecer que muitas vezes é neste ambiente que se internalizam as violências, repressões e crueldades contra a mulher.

A mulher, enquanto figura construída socialmente para o ambiente doméstico, ao inserir-se no espaço público da rua como local de moradia e sobrevivência reconstrói seus espaços internos, mantendo a ordem e a organização dos locais escolhidos como abrigo, sendo responsáveis pelo aspecto doméstico dos mesmos. Para Rosa (1995) morar na rua significa: “tornar público o que é privado, privatizando, por outro lado o que é público, usando os espaços, reorganizando-os, de forma que *espaços na rua podem tornar-se casa*”.

Na população em situação de rua, a figura da mulher é minoria, se comparada ao número de homens adultos em situação de rua. Porém, nos grandes centros urbanos, se considerarmos as famílias que moram nas ruas, serão facilmente encontradas mulheres morando com seus filhos embaixo de marquises. As famílias com crianças e as mulheres despertam com maior facilidade o sentimento da caridade nas pessoas, facilitando assim a busca de recursos através da esmola.

A mulher não vive de forma isolada nas ruas, normalmente convive em grupos ou tem um companheiro, um marido. As relações de afeto, amor e companheirismo se fazem evidentes durante as falas entre as mulheres moradoras de rua, a mulher impõe limite à relação, mantendo seus “padrões tradicionais”, aqueles adquiridos e desenvolvidos a partir dos valores perpassados pela família, em casa, no espaço privado. A mudança freqüente no número de parceiros é característica evidente entre as mulheres moradoras de rua, porém, ter um marido traduz-se como forma de proteção. Verifica-se também que apesar da mudança de parceiros ser freqüente, ocorre também à transferência da fidelidade por parte das mulheres, que se mostram fiéis a cada união,

mesmo que seja mais uma relação conjugal transitória. Este fato encontra-se relacionado à segurança, inibindo de uma certa forma as diversas violências em que a mulher está submetida enquanto moradora de rua, a busca da proteção surge então como estratégia de sobrevivência.

A moradora de rua inserida no grupo, geralmente tem sua figura respeitada, mostra-se participativa quanto às organizações das tarefas e auxiliam nas “correrias” através de atividades previstas, como buscar comida e pedir dinheiro, contribuindo assim com a busca dos suprimentos das necessidades do grupo. A mulher tem por preferência nas relações de grupo, estar em companhia masculina e homossexual, do que dividir o espaço, o abrigo e a proteção com outras mulheres. Normalmente nos grupos que compõe a população em situação de rua, poderá ser verificada a presença significativa das mulheres, porém em número muito menor se comparado ao número de homens.

Na rua, as mulheres com frequência remetem-se a fatos passados; origem, filhos e família são assuntos que demonstram uma certa angústia ao que se perdeu, uma certa culpabilidade pela perda abrupta dos vínculos familiares. Como forma de suprir este rompimento, as mulheres na rua estabelecem com o grupo uma relação familiar, mantendo seu papel de socializadora, porém agora nas relações interpessoais do ambiente público, relações feitas e desfeitas de maneira superficial.

Em sociedade, também determinada como questão absoluta que vai de encontro ao papel da mulher, figura-se a questão da maternidade encarada como “dom” natural e obrigatório da construção da feminilidade.

A partir desta concepção construída, pode-se constatar que “a mulher nasce e é educada para ser mãe”. Constatamos ainda que, além da legitimização da mulher estar ligada às questões que envolvem a maternidade, enquanto mãe a mulher deverá assumir seu papel de forma inquestionável e desempenhá-lo de forma devota e indefectível.

Em contraposto a esta constatação, o fato da mulher, enquanto mãe, rejeitar ou negligenciar a relação de amor com seu filho torna-se fato inaceitável e condenatório por parte da sociedade.

O papel materno é demonstrado de maneira forte e significativa por parte das mulheres moradora de rua, as questões que se referem à maternidade e filhos são evidenciadas também neste universo. Muitas delas não conseguem visualizar com clareza o processo ocorrido e os motivos que levaram à destituição do poder familiar, buscando se eximir de toda e qualquer culpa

e exprimindo seu sofrimento pela perda através de uma única e quase que unânime frase dita por elas: “O Juiz tirou minhas crianças”. Referindo-se ao conceito e atitudes envolvidas na questão do amor materno, BADINTER (1985, p.22-23) afirma que:

O amor materno é apenas um sentimento humano. E como todo sentimento, é incerto, frágil, imperfeito. Contrariamente aos preconceitos, ele talvez não esteja profundamente inscrito na natureza feminina. Observando-se a evolução das atitudes maternas, constata-se que o interesse a dedicação à criança se manifestam ou não se manifestam. A ternura existe ou não existe. As diferentes maneiras de expressar o amor materno vão do mais ao menos, passando pelo nada ou quase nada.

Apesar da perda do poder familiar, em se tratando de mulheres moradoras de rua, podemos afirmar que em relação a este assunto ocorre por parte das mulheres uma manifestação do sofrimento por não estarem com seus filhos, mas independente da situação apresentada, a mulher moradora de rua não esquece que foi mãe. Porém, as mesmas não demonstram perspectivas de mudanças, não buscam novas alternativas para que a situação não se repita no caso de futuras gestações.

As situações de negligência relacionadas aos filhos e a perda do poder familiar surgem muitas vezes em consequência do uso abusivo de drogas por parte das mulheres, atualmente moradoras de rua. Constatamos, então, que a dependência química é fator fortemente evidenciado também no universo da feminilidade vivenciada no espaço público.

Estando a mulher moradora de rua também inclusa neste processo de exclusão que faz com que as pessoas sintam-se sem utilidade, sem trabalho, sem moradia e sem vínculos sociais, a mulher inserida nesta realidade inusitada, busca agradar aos “colegas”, encarando de uma maneira diferente suas relações com o cotidiano, mesmo que socialmente encarada como forma de obediência e passividade, a mulher tem suas estratégias de defesa nas ruas e normalmente mostra-se mais agressiva do que o homem morador de rua.

Para que melhor se compreenda o decorrer do processo que causou o distanciamento por parte de algumas mulheres atualmente moradoras de rua do ambiente doméstico, retrata-se as trajetórias de vida evidenciadas por estas mulheres que hoje fazem das ruas seu espaço de moradia e sobrevivência, dando visibilidade às mesmas.

II - Mulheres Moradoras de Rua: Protagonistas de um Processo de Mudança do Ambiente Privado para o Público

Para que fosse possível a construção das trajetórias de vida das mulheres apresentadas, se fez necessária à coleta de dados através de relatórios e documentos do Projeto Abordagem de Rua, bem como pela observação dessas mulheres que vivem em espaços públicos, sozinhas ou acompanhadas. Foi utilizado também como fonte para a pesquisa relatos das mesmas a partir do vínculo construído com a equipe técnica durante o período em que foram atendidas no ambiente público, possibilitando assim confiança para retratar o processo no qual fez com que elas passassem a fazer parte do espaço público de forma permanente.

A construção do vínculo com as mulheres moradoras de rua foi constituída a partir de diversos atendimentos, diálogos mediados pela confiança mútua que se estabeleceram ao longo destes dois anos em que a acadêmica esteve em contato com essas mulheres, possibilitando assim a construção das trajetórias de vida das mesmas com maior veracidade. Passa-se agora a apresentação da história de algumas mulheres atendidas pelo Projeto Abordagem de Rua:

Sandra (39 anos), nasceu na cidade de Vacaria/RS, não freqüentou a escola, morou com a família até os 6 anos de idade, quando sua mãe abandonou a casa e os filhos foram distribuídos entre parentes. A separação dos pais de Sandra ocorreu devido as constantes brigas entre o casal, pois ambos eram alcoolistas. Sandra foi morar com a avó, e ali sofreu seu primeiro abuso sexual aos 10 anos, por um primo. Posteriormente, foi molestada durante anos pelo avô e pelo tio, que moravam na mesma casa. Sandra falou para avó sobre as brincadeiras que o avô fazia com ela, mas sua avó não acreditava e dizia que era bobagem, que ele estava bêbado. Foi criada na casa desta avó como uma empregada, fazia todo o tipo de serviço e ainda trabalhava na roça, só em troca de comida. Teve seu primeiro contato com as drogas aos 11 anos, usava maconha esporadicamente. Aos 15 anos ficou grávida e casou-se, saindo da casa da avó sem ninguém ter tomado qualquer atitude em relação aos abusos sofridos. Teve um filho e quando o menino tinha 1 ano de idade separou-se, ficando a criança com o pai. Sandra não queria voltar à casa dos avós, por isso escolheu a prostituição como caminho para sobrevivência. Trabalhando em uma boate, conheceu um rapaz por quem se apaixonou e com ele teve 4 filhos. Ele era músico e tinha casa própria. Foi o marido que a ensinou a ler e escrever.

Depois que casou pela segunda vez, Sandra passou a usar cocaína juntamente com o companheiro que era dependente químico, e passou a sofrer violência doméstica. O marido usava drogas injetáveis e há uns dois anos a mesma descobriu, apavorada, que havia adquirido o vírus de HIV do próprio marido. Ainda teve duas gestações após ter contraído o vírus, tomou medicação e as crianças nasceram saudáveis, continuou a morar na sua casa até que em função do tráfico de drogas o local ficou muito violento. As crianças tinham medo e por isso venderam a casa passando a pagar aluguel, e posteriormente hotéis. Segundo Sandra, assim é que acabou o dinheiro da venda da casa, morando de aluguel e nas drogas. Estando sem local para morar com os filhos, não conseguindo mais superar a dependência, perdeu o poder familiar e os filhos foram abrigados, nunca mais os viu. A partir disso o casal passou a morar nas ruas. A mesma retrata-se com frequência à figura do marido que morreu há três anos com complicações trazidas pela falta de tratamento do HIV. Ela tem o vírus há 12 anos e toma medicação há 8 meses pois enfrentou alguns problemas de saúde. Esteve hospitalizada durante quatro meses devido à constatação da tuberculose que a deixou muito debilitada, não conseguia andar permanecendo em coma por uma semana. Relatou que, apesar de recomendado, nunca havia tomado medicação porque na rua era muito difícil até mesmo conseguir um copo de água para tomar o remédio, não havia horário exato para comer, dormir, imagine tomar medicação! O fato de ser alcoolista também foi relatado como empecilho ao efeito da medicação. Durante a internação hospitalar demonstrou grande perspectiva de ter uma nova vida: iniciou a confecção de caixinhas de papel decoradas, vendeu bijuterias, voltou a tricotar e fazer as unhas, que não fazia há muito tempo, segundo ela. Descreveu que seu maior sonho seria um dia ter uma casa e reunir seus filhos, nem que fosse somente para visitá-la. No Hospital, Sandra permanecia isolada devido ao perigo de contágio da doença, não recebia visitas, somente dos técnicos do projeto. Cansada de ficar hospitalizada, ansiosa pela saída para uma nova vida, perguntou a uma enfermeira quando teria alta, afinal estava demorando muito, segundo ela. A enfermeira arrogantemente entrou no quarto e perante outras pessoas respondeu, " não sei porquê tanta pressa, afinal você não tem para onde ir, aliás, é por isso que o médico não lhe dá alta, ele está com pena de você"! Aquelas palavras, proferidas de forma extremamente grosseira, caíram como um raio na cabeça de Sandra que ficou muito magoada! Naquele mesmo dia, fugiu do hospital, abandonou o tratamento e retornou às ruas, recaiu nas drogas e após quatro dias pediu a intervenção da equipe do projeto Abordagem de Rua solicitando nova internação em

Comunidade terapêutica. A mesma havia deixado algumas coisas no hospital, entre elas, caixinhas decoradas confeccionadas por ela. Sandra solicitou que os técnicos da equipe fossem buscá-las. Quando a caixa com seus pertences foi entregue à uma técnica da abordagem de rua, nela estavam escritos os seguintes dizeres “chegou como indigente e foi embora deixando suas esmolas”. A equipe de enfermagem do Hospital foi informada sobre a postura grosseira da enfermeira, que respondeu de forma extremamente anti-ética a uma pergunta feita por Sandra, cheia de expectativa e esperança! Também sobre a frase preconceituosa escrita na caixa de seus pertences. Posteriormente, Sandra foi encaminhada a uma Comunidade Terapêutica, permaneceu no local por 5 meses e devido às complicações no tratamento de saúde, tendo a mesma que se deslocar da fazenda para ir ao médico com frequência, não foi possível continuar seu tratamento para dependência química. Atualmente, encontra-se numa casa de apoio a mulheres, vive nas ruas de forma isolada, apresenta comportamento arredio e não é de fácil aceitação interventiva. Tem personalidade forte e já se envolveu em diversas brigas na rua. Quando convive em grupos prefere a companhia dos homens à das mulheres. É usuária de álcool, cocaína e crack. Tempo em situação de Rua: 10 anos

***Agatha (37 anos)** - nasceu em Ortigueira/PR, em uma família de classe alta, cursou até o 2º grau incompleto e segundo a mesma, na sua casa tinha muitos empregados. Aos 7 anos foi mandada a um colégio interno onde permaneceu até seus 14 anos; aos 8 anos começou fumar maconha sem saber o que era, posteriormente tornou-se usuária de crack, cocaína, LSD, e drogas injetáveis, sendo que aos 18 anos casou-se e foi morar no Rio de Janeiro já apresentando dependência química. Teve uma filha que permaneceu com ela até contemplar 8 anos de idade. Agatha teve quatro overdoses, sendo a primeira aos 15 anos e sua última overdose ocorreu aos 27 anos, juntamente com um AVC (Acidente Vascular Cerebral). A menina passou a morar com o pai e Agatha devido ao AVC, teve que ficar em uma cadeira de rodas, sem falar. Posteriormente ao acontecido apresentou esquizofrenia, distúrbio bipolar e alterações de humor, que são muito frequentes neste quadro. Recuperou-se em um hospital com a ajuda de um enfermeiro que era muito atencioso com a mesma. Quando retornou a falar, ligou para sua família pedindo ajuda e esta se negou a ajudá-la. Quando retornou a andar, estava sozinha, abandonada no hospital, e como não tinha para onde ir acabou escolhendo as ruas como moradia. Ao falar sobre o enfermeiro que a ajudou e nem a conhecia, Agatha relata que às*

vezes, pessoas que não são nossa família nos aceitam como somos e nos tratam melhor do que os nossos próprios familiares. É nesta condição que se confirmam os laços de afinidade formados por ela nas ruas. O que mais a prende nas ruas é a convivência e a solidariedade dos “colegas”. A mesma relata que os mesmos cuidam muito bem dela, não deixando ninguém lhe fazer mal. Agatha não permanece diretamente na rua. Com frequência mora em locais fixos com amigos, casais, rapazes e moças, contribuindo com mantimentos que compra com o dinheiro do benefício referente a um salário mínimo que recebe. Mesmo mantendo-se em local fixo, quase que diariamente vai às ruas conversar com seus “colegas”, relatando que eles são pessoas muito legais, iguais às outras pessoas, normais, que eles se ajudam uns aos outros. A mesma se revolta quando as pessoas que cedem local para ela tentam proibi-la de ir às ruas ou tentam convencê-la de que os moradores de rua são pessoas perigosas, demonstrando opinião contrária à dela. Frequenta o CAPS e toma grandes dosagens de remédios em função dos distúrbios psiquiátricos. Esporadicamente entra em contato com a família, mas como não a ajudaram em sua fase hospitalar, disse que jamais os incomodará; em troca não aceita que ninguém se meta em sua vida. Fala frequentemente da filha que gostaria muito de ver novamente, porém não quer que ela saiba que Agatha é moradora de rua, tem ressentimento de que a filha se envergonhe dela. Na rua, jamais convive isoladamente e prefere a companhia dos homens à das mulheres, não tendo parceiros enquanto está em situação de rua. Tempo em Situação de Rua: 10 anos

Vitória (39 anos) - nasceu em Rio Branco do Sul/PR, cursou até a 2ª série do 2º grau, aprendeu o ofício de costureira, e sua mãe era alcoolista. Ela foi morar com a madrinha aos 14 anos de idade e aos 19 anos engravidou e juntou-se com o companheiro que fazia uso de drogas e traficava. Passou a sofrer violência doméstica por parte do companheiro e passou a usar cocaína. Quando ele foi preso, se separaram, isso já faz treze anos. Atualmente, a filha mais velha está com 17 anos, teve um segundo filho, hoje com 10 anos, com outro companheiro e uma menina hoje com 2 anos de um terceiro companheiro. Durante muito tempo, Vitória trabalhou de costureira e conseguia sustentar seus filhos, tendo também apoio de sua madrinha. Há 5 anos se envolveu com crack. Em 2005 contou a sua madrinha que era usuária de drogas e solicitou ajuda. Foi internada na Comunidade terapêutica da Igreja Batista e ficou 4 meses, saiu e em seguida foi para outra comunidade onde permaneceu mais 5 meses, completando assim 9 meses de tratamento. Ao sair, a madrinha alugou um local para a mesma morar com os filhos e

conseguiu um emprego para ela. Após três meses ela recaiu novamente nas drogas, saiu de casa numa sexta-feira e retornou no domingo. Com a denúncia da madrinha ao Conselho Tutelar seus filhos foram abrigados. A madrinha desistiu de ajudá-la, ficou com raiva e cancelou o contrato do aluguel deixando a mesma sem local pra ficar. Além disso, ligou para a proprietária da confecção onde a mesma trabalhava contando o acontecido e Vitória foi demitida. Ela ficou sem casa, sem os filhos e sem emprego na mesma ocasião, passando a morar nas ruas e entregando-se à dependência química. Vitória relata que enquanto esteve sem usar drogas, a madrinha nunca confiou nela, dizia o tempo todo que não acreditava nela e sempre desconfiava dos lugares onde a mesma freqüentava. Ficou nas ruas durante uma única semana até que sofreu violência sexual (estupro) por dois homens, ato do qual resultou uma gravidez e contração do vírus HIV. Vitória aceitou sua gravidez, tomou medicação para não infectar o bebê e decidiu doar a criança, relatando que não era pelo fato de não amá-la, afinal ela não tem culpa, mas sim pelo medo de ver nela os traços físicos dos executores da violência sexual. Não denunciou a violência sofrida a polícia, relatou que ficou com vergonha de chegar em uma delegacia e dizer que havia perdido seus filhos, não tinha emprego, estava morando na rua, que era dependente química e na ocasião ocorrida estava sob efeito de drogas. Além do trauma sofrido ficou com medo de que não acreditassem nela e entendessem que ela estava “pedindo”. Ela foi espancada brutalmente, teve seus dentes quebrados e não foi morta devido à ajuda de traficantes que a recolheram e cuidaram dela. Na ocasião em que os traficantes apareceram Vitória havia feito a ligação à polícia, porém os mesmos pediram que ela desligasse pois iriam ajudá-la. O local onde Vitória foi estuprada ficava próximo a uma “boca” de distribuição de drogas. Morou com uma pessoa que se dispôs a ajudá-la até a criança nascer, fez acompanhamento médico e atendimento psiquiátrico devido ao processo ocorrido, tê-la deixado depressiva. Durante o período de desenvolvimento da pesquisa, Vitória deu a luz a uma menina de 43 cm e 2,4Kg, a mesma passou muito mal no parto, mãe e filha foram parar na UTI. Vitória solicitou alta pois o choro das crianças no hospital a entristecia, mesmo assim, antes de ir embora pediu para ver a criança, pois estava preocupada com ela. Após ver sua filha foi embora do hospital. Foi à sede do Projeto Abordagem de Rua contar o acontecido e estava extremamente desolada, chorou muito, suas lágrimas caíam ao colo, porém sem ter condições de ficar com a menina disse que o que fez era “o maior ato de amor que uma mãe poderia fazer na vida”. Tempo em Situação de Rua: 9 meses

Kátia (25 anos) nasceu em Pato Branco / PR, não concluiu Ensino Fundamental, veio com sua família para Florianópolis. Sua família é evangélica com valores e princípios rígidos. A mesma trabalhava como empregada doméstica. Começou através de amigas a freqüentar as ruas, passando assim a ser usuária de drogas. Durante muito tempo ficava durante o dia nas ruas e retornava à noite para casa. Na rua ela conheceu seu companheiro que também era dependente químico, ficou grávida e teve seu primeiro filho. Continuou passando o dia na rua com o companheiro e o filho e à noite retornava para casa dos pais. Posteriormente, o pai cedeu um terreno onde foi construído um pequeno barraco e a família passou a residir no local. No entanto, eles não possuíam fonte de renda, trabalhavam como “cuidadores” de carro, porém sempre fazendo uso de drogas como: álcool, maconha, cocaína e crack. Persistindo a situação, Kátia teve duas outras gestações, com uma relação bastante conflituosa, sendo que a mesma sofria violência doméstica por parte do companheiro. Na relação com os filhos, o casal se revezava no “cuidado” com as crianças, pois Kátia freqüentemente ficava foragida do lar por vários dias. Seu companheiro foi preso e Kátia passou a morar com os pais. Nesta época aceitou a ação interventiva do Projeto Abordagem de Rua e do Conselho Tutelar, foi encaminhada à Comunidade Terapêutica onde permaneceu por 5 meses. O ocorrido foi logo após o seu último parto, sendo que o bebê permaneceu com a mesma na comunidade e os outros dois filhos ficaram sob responsabilidade dos avós maternos. Após a alta retornou para casa dos pais, assumiu a responsabilidade sobre os filhos, passou a trabalhar com carteira assinada em uma creche e manteve-se em recuperação. Sete meses depois recaiu nas drogas, passando a morar na rua, abandonando os filhos na casa dos pais; foi flagrada praticando furto em uma loja e ficou presa por dois meses. Ao ser liberada retornou novamente as ruas, não aceita ação interventiva. O filho mais velho tem sérias seqüelas desta convivência, apresenta crises de choro e perda de consciência quando se sente ameaçado. Atualmente, Kátia continua morando nas ruas e sente-se envergonhada ao ser abordada, mostra-se retraída e nega tal fato. Estabeleceu vínculo com a Equipe do Projeto e nos diálogos demonstrava perspectiva de mudança. Encontra-se acomodada, pois sabe que os pais são protetivos e os filhos estão bem cuidados. Demonstra medo de que os filhos sejam abrigados, pois teme perder o poder familiar. Tempo em Situação de Rua: 6 anos

Malu (32 anos) nasceu em Curitiba / PR, 3º grau incompleto, já foi casada não teve filhos e segundo a mesma passou a usar drogas após a desilusão no matrimônio, relatando que sofria violência doméstica. Iniciou o uso de drogas aos 15 anos. Após o falecimento da mãe veio para Florianópolis procurar emprego, não conseguindo na sua área profissional, passou a ser babá na casa de um traficante, se envolveu com crack e segundo ela chegou ao extremo de não receber mais salário e ainda ficar em dívida. Ficou muito debilitada em relação à sua saúde, apresentava ferimentos e uma psoríase escamosa por todo o corpo, com diversas partes inflamadas. Fugiu da casa do traficante e desesperada por ajuda instalou-se na Praça XV de Novembro, onde foi atendida pela equipe do Projeto Abordagem de Rua. Inicialmente, respondeu de forma agressiva à ação interventiva, posteriormente começou a chorar relatando que naquele dia havia retirado o resultado de seu exame de HIV e o resultado é positivo. Malu só havia feito o exame, que foi seu primeiro, após saber que seu ex-marido havia morrido de forma repentina de HIV. Depois disso, associou o fato de suas feridas não sararem mesmo tomando medicação e então decidiu fazer o exame. A partir deste dia, aceitou intervenção, foi encaminhada a uma comunidade terapêutica e após 3 meses necessitou ser conduzida ao Hospital Nereu Ramos, em função de derrame pleural, ficando gravemente doente e quase chegando a óbito. Ficou internada durante 5 meses relatando ter muito medo da morte. Disse estar decidida à não retornar a Comunidade terapêutica, deixar as drogas após a alta e recomeçar sua vida. Porém, após sua saída do Hospital foi encaminhada a uma ONG, uma casa de apoio à mulher, permanecendo lá por um bom tempo. Na casa não havia projeto de reinserção social, então, a mesma ficou trabalhando para instituição como voluntária. Com o passar do tempo, se sentiu explorada e sem perspectiva, saiu do local e foi morar “de favor” com um casal de conhecidos, tornou-se difícil à convivência, pois não havia como contribuir financeiramente com a manutenção da casa, e os mesmos cobravam colaboração financeira dela. Atualmente encontra-se em situação de rua novamente, foi orientada sobre o BPC (Benefício de Prestação Continuada), porém não compareceu mais no projeto. Tempo em Situação de Rua: 2 anos

Tatiana (32 anos) nasceu em Lages, 1º grau incompleto, nascida em uma família classe média, o pai era militar. Sempre faz referência que os motivos que a fizeram sair de casa tem relação com problemas familiares ligados à figura paterna. Quanto à mãe, diz que a mesma sempre baixou a cabeça pra ele, aceitando as regras impostas e nunca a defendendo. Teve o primeiro contato com

o uso de drogas aos 18 anos, porém ainda na adolescência iniciou seu processo de “ficar na rua”, fugia de casa constantemente até desvincular-se do ambiente doméstico. É atendida pelo Projeto Abordagem de Rua há 10 anos, sendo uma das primeiras mulheres a serem abordadas em situação de rua. Já inserida neste espaço, conheceu um rapaz que era estudante formado na Escola Técnica e na ocasião estava na marinha, com ele teve dois filhos. Vale esclarecer que o rapaz não estava em situação de rua. Na ocasião em que esteve grávida, Tatiana passou a morar com o marido em uma casa construída no terreno da sogra, porém, desde a primeira gestação a mesma ausentava-se de casa, estabelecendo com a criança uma situação de descaso, não alimentando e não dando banho à mesma, a situação tornou a se repetir ao ter seu segundo filho. A família do rapaz desconfiava da mesma trabalhar como prostituta, pois se ausentava no período noturno e muitas vezes não retornava para casa. Posteriormente à separação do casal, Tatiana abandonou os filhos totalmente, passando esses a serem criados pela avó paterna; atualmente as crianças têm 11 e 12 anos e não tem contato nenhum com a mãe. Não retornando a casa dos pais, a mesma então optou pela rua como local de moradia e sobrevivência. Na rua, Tatiana teve outra gestação, fruto de uma relação sexual sem vínculo afetivo, a mesma não participou de exames nem acompanhamento médico, gerando assim uma criança soropositivo. A criança atualmente mora com a avó materna e está com 7 anos. Tentando o restabelecimento do vínculo familiar, a mãe de Tatiana construiu um quarto à parte da casa, para que a mesma pudesse retornar ao local quando quisesse, pelo menos para dormir ou tomar banho como expressa a mãe, porém a tentativa foi em vão, a mesma não comparecia ao local. Tatiana já foi hospitalizada por diversas vezes, é portadora do vírus do HIV e em certa internação esteve muito debilitada quase chegando a óbito; posteriormente solicitou retornar para casa para ficar aos cuidados da mãe, porém após melhorar seu estado fugiu novamente. Tatiana é alcoolista, usuária de maconha, cocaína e crack, mostra-se agressiva ao ser abordada e neste período de atendimento poucas vezes aceitou ação interventiva, jamais aceitou ser encaminhada a uma comunidade terapêutica. Na rua normalmente convive em grupo, dificilmente é vista de forma isolada, tem como característica a mudança freqüente de parceiros, deixando claro que não utiliza nenhum método contraceptivo. Tatiana responde de maneira indiferente às relações interpessoais, mesmo convivendo em grupo parece não estabelecer vínculo emocional com ninguém, não apresentando perspectiva nenhuma de mudança. Tempo em Situação de Rua: 13 anos

Maria Conceição (30 anos) nasceu em Criciúma, cursou a 5ª série, conheceu a maternidade aos 15 anos, tornou-se usuária de drogas ainda na adolescência. Foi rejeitada pela família quando após ter ficado internada em um hospital local por problemas de saúde, fez uma transfusão de sangue e foi infectada pelo vírus do HIV. A família não acreditou nela, proibindo a mesma de retornar para casa. A partir da rejeição, Maria Conceição, sem ter para onde ir, solicitou uma passagem de ônibus à prefeitura de Criciúma que foi concedida, vindo assim para Florianópolis. Chegando a cidade, passou a se instalar nas ruas, e de forma extremista usava drogas, mantinha diversos relacionamentos com os moradores de rua, até que em determinado tempo se fixou com um parceiro e os dois saíram das ruas para morar num barraco no morro, como relatou. Após o término do relacionamento, ela e o parceiro retornaram a morar nas ruas. Maria Conceição, mesmo estando na rua, mantinha interiorizadas as características do ambiente doméstico: diariamente varria a praça onde se fixava e com frequência “catava no lixo” utensílios domésticos como tábua de passar roupa, panelas, vassouras entre outros. Sempre que era abordada, demonstrava vontade de novamente ter uma casa. Com frequência cozinhava para o grupo, era responsável por esta tarefa ou buscar comida nas “bocas de rango”. Sempre deixou explícito a todos que tinha o vírus HIV, mesmo assim se relacionava com seus parceiros sem uso de preservativos, dizia ela que eles não se importavam. Maria Conceição jamais fez qualquer tratamento médico para o HIV. Nos últimos três anos manteve-se com outro parceiro fixo nas ruas, quando a conheceu o mesmo não era soropositivo, porém devido à falta de cuidado na relação sexual passou a adquirir o vírus do HIV através de Maria Conceição. A mesma, durante o período que viveu na rua por diversas vezes esteve hospitalizada, o companheiro sempre se mostrou “cuidadoso” com ela. Porém, quando o companheiro usava drogas a relação ficava violenta e Maria Conceição era frequentemente espancada por ele. Ela se justificava dizendo que ele era bom, que a protegia na rua, só que a droga fazia com que ele ficasse agressivo. Na última vez que Maria Conceição esteve hospitalizada, deu entrada sem o movimento das pernas, com sarna e tuberculose. Também foi diagnosticado um tumor no cérebro, e sua permanência no hospital totalizou três meses. Solicitou alta, retornou para as ruas por um pequeno período, até que a pedido dela o companheiro conseguiu dinheiro para passagem e a mesma retornou para casa da família, em Criciúma. Maria Conceição chorava dizendo que sentia que iria morrer e queria retornar pra casa. Após um mês o companheiro teve notícia de que Maria Conceição foi a

óbito na cidade de Criciúma e foi enterrada junto a seus familiares. Pouco antes de ir a óbito, a mesma solicitou aos técnicos do Projeto que ligassem ao seu advogado, foi verificado então que Maria Conceição havia processado o hospital no qual foi infectada pelo vírus HIV através de uma transfusão de sangue e que ganhou a causa. Foi realizado um acordo e a mesma solicitou que as parcelas deveriam ser enviadas a mãe da mesma que criava seu filho que na ocasião estava com 15 anos. O dinheiro que Maria Conceição receberia era uma quantia alta, a mesma poderia sair das ruas e ter comprado a casa que tanto queria, porém o estado de debilidade física em que a mesma encontrava-se não proporcionou a ela a concretização deste sonho.

Tempo em Situação de Rua: 6 anos

2 - Trajetórias de vida das mulheres: a violação de direitos como demanda de políticas públicas

Para melhor análise do processo no qual fez com que cada uma das mulheres citadas fizesse da rua seu espaço de moradia e sobrevivência, se faz necessária à identificação de alguns determinantes presentes em suas trajetórias de vida. Entre eles:

2.1 Direitos Humanos e Dignidade

Os Direitos Humanos surgem como forma de demonstrar os direitos mínimos ao desenvolvimento da pessoa humana. São considerados fundamentais para que a pessoa desde seu nascimento, através das mínimas condições necessárias consiga desenvolver-se e tornar-se participante da vida em sociedade. As necessidades essenciais a serem atendidas deverão ser asseguradas a todos, possibilitando assim que as pessoas vivam com dignidade.

As necessidades que deverão sustentar e servir como base de desenvolvimento aos seres humanos, independente de raça, tempo ou cultura devem mostrar-se não diferencialmente através deles, mas sim com necessidades básicas comuns entre si.

Parafraseando Pereira (2000, p.76) as necessidades humanas básicas, também chamadas de “satisfatores universais” ou necessidades intermediárias, vem acompanhadas de indicadores sociais demonstrados de forma negativa, como por exemplo, a falta de água potável e o contingente de habitações inadequadas. As necessidades intermediárias agrupam-se em onze

categorias, nove aplicadas sem distinção a todas as pessoas, enquanto duas referem-se a necessidades específicas de crianças e de mulheres, são elas:

- 1) alimentação nutritiva e água potável;
- 2) habitação adequada;
- 3) ambiente de trabalho desprovido de riscos;
- 4) ambiente físico saudável;
- 5) cuidados de saúde apropriados;
- 6) proteção à infância;
- 7) relações primárias significativas;
- 8) segurança física;
- 9) segurança econômica;
- 10) educação apropriada;
- 11) segurança no planejamento familiar, na gestação e no parto.

A garantia das necessidades intermediárias permite ao indivíduo a manutenção de sua integridade física e psicológica, possibilita ao mesmo galgar sua própria autonomia buscando sua emancipação social.

Embora as questões que envolvem a autonomia do ser através da garantia das necessidades humanas básicas, estejam diretamente ligadas à aplicação dos direitos humanos, direitos estes conhecidos em sua maioria por todas as constituições do mundo, pode-se verificar que a promulgação da dignidade de forma universal e igualitária não é visível.

Em se tratando do grupo populacional dos moradores de rua, e co-relacionando estes às suas condições de vida, afirma-se que homens e mulheres moradores de rua têm sua realidade extremamente distante das condições mínimas de desenvolvimento. São uma minoria social considerada sem significado, vítimas de direitos baseados na negação da dignidade, e fruto de relações sociais baseadas no sentimento da insignificância humana.

A falta de condições materiais e higiênicas, somadas às relações interpessoais anuladas e ignoradas, faz com que o grupo dos moradores de rua se desenvolva de forma isolada, preocupando-se somente com a forma de suprir suas necessidades imediatas, mesmo com suas carências demonstradas publicamente, são invisíveis perante os que acreditam que ele nada mais

é do que aquele que sobrevive do lixo urbano produzido em sociedade, sendo esta que o naturaliza como parte de uma crueldade cotidiana, não o reconhecendo como igual em dignidade e direitos.

No entanto, o homem e a mulher que moram e se inter-relacionam na rua, nada mais são do que sujeitos resultados de um processo embasado na falta de garantia dos direitos básicos estabelecidos, marcados em suas trajetórias de vida pelo esfacelamento de uma antiga identidade, tornando-se vítimas do não pertencimento à vida com dignidade.

Viver com dignidade faz parte dos Direitos Humanos, porém, nas trajetórias de vida explicitadas sobre as mulheres moradoras de rua, a ausência de tal direito muitas vezes é apresentada pelas mulheres antes mesmo de sua fase adulta. A mulher que hoje é vista dormindo nos bancos das praças, perpassou por perdas e violências que se tornaram parte de seu processo de desenvolvimento humano, fenômeno que vai de encontro à construção de uma nova veste, embora esta despida de qualquer indício de dignidade.

2.2 Rejeição e abandono por parte da família

Nos retratando as particularidades da relação familiar de Agatha e Maria Conceição, pode-se verificar que a rejeição por parte da família foi fator preponderante para que as duas, sem perspectivas de retorno ao seio familiar, e sem outra opção, partissem para o universo das ruas como estratégia de sobrevivência.

No caso de Agatha, foi posteriormente a uma overdose juntamente com um AVC (Acidente Vascular Cerebral), que sua família a deixou abandonada em um hospital. Devido a mesma ser dependente química desde muito cedo, seus familiares declararam que a mesma era responsável pelo acontecido, negando-se assim a ampará-la no momento subscrito. Porém, o acidente ocorrido com Agatha, somado à dependência química, ocasionou o desenvolvimento do distúrbio psiquiátrico, colocando a mesma na condição de deficiente mental.

O caso de Maria Conceição, além de relatar a negligência por parte do hospital no qual fez sua transfusão de sangue, após a infecção da mesma pelo vírus HIV, é verificada por parte da família a negação de Maria Conceição no âmbito familiar, o abandono pode ser identificado em sua trajetória de vida a partir do momento em que sua família não acredita que a mesma tenha

sido infectada no hospital. O abandono dos doentes de HIV, bem como a rejeição por parte da família causam ao portador da doença a perda de auto-estima.

A família apesar de suas transformações históricas, ainda permanece como sendo a condição para humanização e socialização das pessoas. É a fundamentação em todas as culturas e aparece como forma de relação social constitutiva da espécie humana, não somente como estratégia de sobrevivência dos grupos, mas como uma condição para o desenvolvimento das pessoas.

2.3 Dependência Química

Conforme podemos verificar, em todas as leituras da realidade verificadas a partir das trajetórias de vida das mulheres apresentadas na pesquisa, em determinada ocasião, surge o contato com as drogas, estando este ligado ao ambiente privado ou público.

Promovida pela Organização Mundial da Saúde atualmente – OMS, a definição em vigor para droga se refere a qualquer substância natural ou sintética que, administrada por qualquer via no organismo, afete sua estrutura ou função.

O uso indevido de drogas emerge como fruto de uma multiplicidade de fatores, o uso de drogas não se inicia como um fenômeno isolado, nos casos de Sandra, Malu e Maria Conceição evidenciaram a iniciação do uso indevido de drogas na adolescência. Os fatores internos que podem ser facilitadores ao uso de álcool e drogas na adolescência podem ter relação à insatisfação pessoal, a não realização de atividades que lhe traga destaque perante o grupo, sintomas depressivos, a curiosidade, a busca de emoções, ou até mesmo o suprimento de uma falta não identificada.

Em se considerando que na trajetória de vida de Sandra e Vitória, os pais das mesmas apresentam-se como alcoolistas, a família poderá então ser considerada como um fator de risco ou de proteção ao uso de substâncias psicoativas. Para um melhor esclarecimento, segundo estudos realizados pelo Grupo de Atualização de Conhecimentos sobre Redução da Demanda de Drogas (2006, p.63):

Fatores de Risco são aquelas circunstâncias sociais ou características da pessoa que a tornam mais vulnerável a assumir comportamentos arriscados, como usar

drogas. Fatores de Proteção são aqueles que contrabalançam as vulnerabilidades, tornando a pessoa com menos chances de assumir esses comportamentos.

Considerando-se que filhos de pais dependentes de álcool e outras drogas apresentam risco quatro vezes maior de se tornarem dependentes do que uma pessoa que não apresenta este quadro na família, deve-se também considerar a questão do fator genético como sendo um fator de risco ao uso de drogas.

A Organização Mundial da Saúde – OMS (1997) define a dependência química como um estado psíquico e físico que sempre incluem uma compulsão de modo contínuo ou periódico, podendo causar várias doenças crônicas, físico-psíquicas, com sérios distúrbios de comportamento. Pode também, ser resultado de fatores biológicos, genéticos, psicossociais, ambientais e culturais, considerada hoje como uma epidemia social, pois atinge toda gama da sociedade, desde a classe social mais elevada a mais baixa. A Classificação Internacional de Doenças – CID-10 (1993) define-a como transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Analisando a maneira na qual as drogas passaram a fazer parte do universo das mulheres em situação de rua, podemos verificar que somente no caso de Kátia e Tatiana é que o contato com as drogas ocorreu no ambiente público da rua, as demais mulheres perpassaram por um processo onde a dependência química mescla-se a demais fatores relacionados ao ambiente doméstico, marido e filhos. Devido ao maior número de mulheres apresentadas na pesquisa já ter estado em contato com as drogas ainda no ambiente doméstico, desencadeando assim na dependência, pode-se verificar então que o espaço público da rua enquanto espaço de moradia e sobrevivência torna-se consequência do uso abusivo e compulsivo das drogas.

A verificação através do transcórre do processo do uso de drogas não somente pelas mulheres, mas também por seus companheiros, se faz presente em todas as fragmentações das trajetórias de vida. As relações afetivas estão envolvidas num contexto que tem como mediador o uso abusivo de drogas, bem como suas consequências.

Considerando que todas as mulheres aqui apresentadas tenham presentes em suas trajetórias de vida a questão da dependência química, vale ressaltar que na ocasião do referido estudo somente Agatha e Vitória não faziam mais uso de drogas.

A propagação de doenças sexualmente transmissíveis, bem como do HIV/Aids encontram-se relacionadas ao uso abusivo de drogas, conforme expõe Pontes (1991, p.4): “as

drogas podem atuar de duas formas na transmissão do vírus: direta, via partilha de seringas, e, indiretamente, pela não utilização de preservativos”.

O uso abusivo de drogas, bem como o grande contingente de pessoas com o vírus HIV morando nas ruas, demonstram que estes fatores se encontram fortemente identificados no grupo de homens e mulheres que fazem das ruas seu espaço de moradia e sobrevivência.

2.4 HIV/AIDS

Nas trajetórias de vida das mulheres apresentadas pode-se verificar que apenas duas não são portadoras do vírus do HIV. Nos casos de Sandra e Malu, ambas foram infectadas por seus companheiros, na ocasião as duas casadas e viviam em ambiente doméstico.

Sandra descobriu ser portadora do vírus do HIV após saber que o marido era usuário de drogas injetáveis já havia dois anos, segundo ela, enquanto casal, jamais se preveniram ou fizeram qualquer tipo de tratamento em relação a doença.

No caso de Malu, quando descobriu que o antigo companheiro havia falecido em função do HIV, resolveu fazer o exame, nesta fase Malu já estava em situação de rua e foi então que a mesma confirmou que era portadora do vírus HIV. Talvez pelo fato da mesma encontrar-se debilitada na ocasião em que recebeu o resultado do exame, Malu aceitou o tratamento com facilidade demonstrando muito medo de morrer.

O caso de Maria Conceição é fadado à negligência por parte dos órgãos públicos de saúde no que se refere às transfusões de sangue; a mesma foi infectada em uma reposição de sangue, durante uma cirurgia. A ineficiência por parte do hospital causou não somente a Maria Conceição danos físicos e psicológicos, mas fez com que sua família a culpasse e a rejeitasse após tal fato, sendo assim a instituição a causadora do rompimento dos vínculos familiares da mesma.

Os casos de Tatiana e Vitória referem-se à contração do vírus HIV através do contato e permanência no espaço público da rua, porém, ambas foram infectadas de forma diferenciada.

As relações afetivas e sexuais vivenciadas em ambiente público pelos portadores do vírus HIV, não demonstram nenhum constrangimento, entre homens e mulheres moradores de rua, falar sobre ser ou não portador da doença não causa embaraço algum, até mesmo porque neste grupo populacional o índice de pessoas doentes e debilitadas em função da negligência da própria saúde é bastante significativo.

Muitos se utilizam do fato de serem soropositivos como forma de adquirir recursos, praticando atividade de mendicância. Justificam o ato referindo-se ao destino da esmola como sendo para tratamento de saúde, quando na realidade não demonstram real importância ao seu quadro de debilidade física.

Ocorre então a “naturalização” do fenômeno no convívio com o HIV/Aids por parte dos moradores de rua, que deve ser entendido dentro do contexto de vulnerabilidade e risco social no qual os sujeitos encontram-se inseridos.

O fato de serem soropositivos não se mostra como fator preponderante para o uso de métodos preventivos nas relações sexuais entre os moradores de rua, mesmo sendo ambos parceiros portadores da doença, identificam-se como em igual condição de saúde, não identificando necessidades do uso de preservativos.

Entre as mulheres moradoras de rua, não surge a preocupação de utilizar-se de qualquer outro método contraceptivo. Com frequência algumas mulheres moradoras de rua devido a falta de cuidado engravidam, passando a ficar em situação de rua na condição de gestante, não tomando os devidos cuidados durante a gestação, tornam-se responsáveis pela infecção do feto pelo vírus do HIV. Muitas das mulheres que ficam grávidas estando em situação de rua, por vezes negligenciam sua condição de gestante, não se alimentando de forma adequada e fazendo uso de substâncias químicas, acarretando assim no aborto da criança.

Os moradores de rua tem conhecimento da rede municipal de atendimento do HIV/Aids. Com frequência procuram os serviços, geralmente não para realização de tratamento, mas sim em busca de benefícios imediatos, como medicação para mal-estar e febre alta, seringas, refeições, cobertores, enfim, apenas medidas paliativas para amenizar a carência momentânea diagnosticada por eles.

A prostituição como recurso para obtenção de drogas, mesmo que de forma “mascarada” também é relatada por homens e mulheres moradores de rua, sendo que, se estes são portadores da doença e não se utilizam de métodos preventivos, constata-se que conviver com HIV/Aids é considerado como secundário pela população em situação de rua, banalizando assim a propagação do HIV/Aids enquanto epidemia. Segundo Ferreira (1999, p.11): “a banalização da epidemia da Aids ocorre quando mais e mais sujeitos pauperizados adquirem o vírus e, à medida em que a questão relativa ao HIV/Aids se soma às demais violências já naturalizadas, ou às outras comorbidades, seu destaque se dilui e passa a não importar”.

Sob este aspecto, as questões que permeiam o HIV/Aids se referem apenas a um novo episódio dentro de um contexto social constituído de tantas violências.

2.5 Violência de Gênero

A violência é fenômeno que ocorre no mundo inteiro, atingindo pessoas de diferentes idades, raças, grau de instrução e condição social. No entanto, a violência é executada através de formas diferenciadas em relação aos homens e mulheres.

A violência contra a mulher, chamada também de violência de gênero, não se refere somente às características e diferenças biológicas entre o masculino e feminino enquanto sexo aborda as diferenças sócio-culturais intrínsecas na subjetividade das relações em diferentes áreas do contexto social. Para melhor compreensão do que é violência de gênero trazemos a concepção de Araújo (1996, 7 - 17): “Violência de gênero pode ser definida como qualquer ato de violência que resulta ou pode resultar em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico causado à mulher, inclusive ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade em público ou na vida privada”.

A “naturalização” do fenômeno da violência de gênero é produto da transferência de geração para geração e das relações fundamentadas através do poder e submissão entre homens e mulheres. A partir do estabelecimento da violência de gênero as pessoas passam a executar a violência através de diversas outras roupagens; a violência passa a ser vista e aceita no mundo das relações humanas, sendo legitimizada pela sociedade.

Pode-se considerar a violência de gênero, então, como produto de um sistema social que transcreve a subordinação do sexo feminino transformando-a em violência sofrida pela simples condição de ser mulher.

Em se tratando do objeto central da pesquisa figurar-se no papel da mulher moradora de rua, e estando estas desassistidas de todo e qualquer direito estabelecido, nesta condição podemos afirmar que todas as mulheres apresentadas na pesquisa são alvo da violência social e de gênero.

☞ **Violência de Gênero Fundamentada no Sistema Patriarcal:**

Analizando a violência de gênero sob a ótica da ideologia machista, sustentada por um sistema de dominação e exploração que foi fundamentado no patriarcado, reporta-se a trajetória de vida de Tatiana, que foi criada a partir de critérios familiares impostos através de regras e limitações.

Desde a sua adolescência, ainda sem ser usuária de drogas, Tatiana iniciou seu processo de “ficar na rua”, seu pai era militar e segundo ela foi devido a problemas familiares relacionados a ele que a mesma saiu de casa.

O sistema do patriarcado socializa o homem para dominar a mulher, e ela por sua vez, é educada para submeter-se ao poder masculino, fazendo desta relação algo “natural”.

No caso de Tatiana, o papel desempenhado pela mãe, colocando-se numa postura de submissão e aceitação das regras impostas nas relações familiares através da imposição por parte do pai, confirma o poder masculino. Em sua trajetória de vida, não é identificada qualquer forma de contestação por parte da mãe de Tatiana enquanto mulher, o fenômeno não é identificado por ela como forma de violência, mas sim, como natural.

A violência contra a mulher, a partir dos parâmetros expressados no sistema patriarcal acaba remetendo a mulher a assumir uma postura de vítima frente às relações de dominação, sentindo-se impotente na realização de mudanças.

A trajetória de vida de Tatiana, iniciada em um contexto envolto em regras, omissão e vitimização, é a única entre todas as trajetórias de vida apresentadas que tem um caráter optativo, ou seja, Tatiana utilizou-se de uma estratégia: a fuga ou saída de casa, na correlação de força da relação de poder que se estabelecia entre ela e seu pai.

Pode-se dizer que Tatiana teve a possibilidade de escolher entre permanecer no ambiente doméstico, sobre suas exigências e regras, ou sair deste e fazer da rua seu habitat de relações.

Verifica-se então que Tatiana optou pela rua como local de moradia e sobrevivência; seu caso foi o único entre todos os pesquisados que a saída de casa não tem relação como a dependência química.

👉 **Violência Doméstica:**

A violência doméstica é reconhecida pela Constituição Federal do Brasil em seu parágrafo 8º art. 226 que diz: “O Estado assegurará a assistência à família, na pessoa de cada um que as integra, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito das relações”.

Nas trajetórias de vida das mulheres atendidas pelo Projeto Abordagem de Rua, a violência doméstica poderá ser visualizada no contexto familiar de Sandra, Vitória, Kátia e Malu, considerando que em todas as ocasiões a violência foi praticada pelo executor representado através da figura do companheiro, do marido.

Para que se compreenda a magnitude do conceito de violência doméstica Teles e Melo (2002, p.19) esclarecem: “Violência doméstica é a que ocorre dentro de casa, nas relações entre as pessoas da família, entre homens e mulheres, pais/mães e filhos, entre jovens e pessoas idosas. [...]”

A violência doméstica encontra-se correlacionada à agressão física, psicológica ou sexual, podendo também ser denominada de violência intrafamiliar. Porém, em se tratando da terminologia intrafamiliar, poderemos nos retratar a essa violência ainda nos referindo a um fenômeno que ocorre com relações explícitas entre membros da própria família, no entanto podendo ocorrer fora do âmbito doméstico.

Apresentando diferenças de terminologia e de espaço físico, a mudança de violência doméstica para violência intrafamiliar poderá ainda ser verificada nas trajetórias de vida de duas das mulheres apresentadas na pesquisa. Sandra e Kátia são exemplos da transferência da violência sofrida no ambiente doméstico, no silêncio do espaço privado; para o espaço público da rua como local de moradia e de relações interpessoais a serem vistas. Nos casos de Sandra e Kátia, a violência sofrida em casa tendo como executores seus companheiros foi reproduzida no espaço público, sendo que o distanciamento do ambiente privado no caso das mesmas não ocorreu de forma individual, mas sim conjugal.

Referente ao caso de Maria Conceição, sua relação conjugal foi estabelecida em ambiente público, a mesma sofria violência física e psicológica por parte do parceiro, no entanto justificava-se ao ato como uma consequência do uso abusivo de drogas por parte do mesmo.

Segundo texto do Ministério da Saúde (2001, p.18) referindo-se a direitos humanos e violência intrafamiliar, a violência psicológica:

É toda ação ou omissão que causa ou visa causar dano à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Inclui ameaças, humilhações, agressões, chantagem, cobranças de comportamento, discriminação, exploração, crítica pelo desempenho sexual, não deixar a pessoa sair de casa, provocando o isolamento de amigos e familiares, ou impedir que ela utilize seu próprio dinheiro.

↳ **Abuso Sexual:**

Retratando-se ao caso de Sandra, que sofreu abuso sexual aos 10 anos de idade por um primo e pelo avô podemos afirmar que a mesma foi vítima do abuso sexual como forma de violência sexual doméstica, em se tratando que a violência ocorreu na casa da avó, pessoa a qual ficou responsável por seu cuidado e zelo. Para melhor definição do fenômeno, Azevedo e Guerra (1998 – 1999) caracterizam violência sexual doméstica por “todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual entre um ou mais adultos⁴ e uma criança menor de 18 anos, tendo por finalidade estimular sexualmente a criança ou utilizá-la para obter estimulação sexual sobre a sua pessoa ou de outra pessoa”.

No caso de Sandra, a violência sofrida é caracterizada como sendo incestogênica, pois se refere ao abuso sexual caracterizado como violência praticada contra uma criança, concretizado através da relação sexual entre dois membros de uma mesma família. Neste caso a relação incestuosa deu-se primeiramente através do estupro executado pelo primo e posteriormente pelas carícias íntimas efetuadas pelo tio e pelo avô. Referindo ainda o fato de Sandra ter sido molestada pelo tio e pelo avô durante o período em que morou na casa da avó, poderá ser identificado também como forma de abuso sexual. Sobre a concepção de abuso sexual referenda-se CRAMI (2002, p.18):

Considera-se como abuso sexual todo tipo de contato sexualizado, desde falas eróticas ou sensuais e exposições da criança a material pornográfico até o estupro seguido de morte. Dentro deste vasto espectro incluem-se carícias

⁴ Para Azevedo e Guerra no caso de se tratar de violência sexual doméstica, o termo adulto é substituído por pais (biológicos, por afinidade), responsáveis (tutores...), parentes (avós, tios, primos,...).

íntimas, relações orais, anais, vaginais com penetração ou não, além do voyerismo e exibicionismo entre outros.

Verifica-se que Sandra entre as mulheres referidas na pesquisa foi à única que sofreu abuso sexual como forma de violência incestogênica. As famílias incestogênicas tem em sua estrutura fechada, componentes com pouco contato social, tendo como característica a obediência incontestável à autoridade masculina, não há um esclarecimento de regras de convivência e nem uma comunicação aberta entre os membros, facilitando assim a construção do “segredo” entre vítima e agressor.

As formas de afeto e carinho sempre que existem são erotizadas, e muitas vezes a vítima assume funções de maternidade, cuidando de crianças menores e afazeres domésticos. No caso de Sandra, a característica de família incestogênica verificada em sua trajetória de vida poderá ser identificada no momento em que a mesma refere-se ao tratamento como empregada da casa e do consentimento por parte da tia e da avó do comportamento do tio e do avô da mesma em relação às carícias íntimas.

Sandra retrata-se de modo espontâneo que foi entregue à avó não na condição de “empregada”, mas “como filha mesmo”, porém seu trabalho não era remunerado e sim trocado por moradia, alimentação e roupas.

🔗 **Violência Sexual:**

Sob a análise da trajetória de vida que envolve a categoria violência sexual, sendo que esta se encontra co-relacionada à violência ocorrida no ambiente doméstico, no caso de Vitória, a violência sexual foi sofrida no espaço público da rua, com posterior tentativa de homicídio, ocasionando a contração do vírus HIV e a gravidez da vítima. Conforme Teles e Melo (2002, p.21):

Violência sexual é o termo empregado, sobre tudo, para os casos de estupro cometidos dentro e fora de casa. São atos de força em que a pessoa agressora obriga a outra a manter relação sexual contra sua vontade. Empregam-se a manipulação, o uso da força física, ameaças, chantagem, suborno. As vítimas principais têm sido do sexo feminino, mesmo quando crianças ou adolescentes.

Posteriormente à violência sexual, Vitória telefonou para polícia; neste momento os traficantes interviram e segundo Vitória “cuidaram” dela, porém a mesma não tem noção de que a atitude dos mesmos nesta ocasião, em benefício de si mesmos não a ajudaram, e sim impossibilitaram o atendimento hospitalar de Vitória que poderia ter revertido o quadro de infecção do vírus HIV e por direito interrompido a sua gravidez, que foi gerada através de um ato de violência sexual.

2.6 Filhos abandonados ou Mães abandonadas?

Pode-se verificar ao longo das trajetórias de vida das mulheres conhecidas na pesquisa, que devido ao processo singular de perdas de cada uma, em seis, dos sete casos analisados ocorre a separação das mesmas enquanto figura materna de seus filhos.

A separação entre mãe e filho e a maneira de encarar tal ato através do abandono ou entrega da criança deve-se aos valores estabelecidos socialmente, segundo os quais a maternidade e a maternagem⁵ devem ser presentes e naturais em todas as mulheres.

Ocorre então a construção do estigma social em relação às mães que abandonam seus filhos, causando incompreensão e empatia, associados ao papel de mãe “desnaturada”. O conceito de abandono é compreendido ao fato de não aceitar, rejeitar, negar, recusar, desistir de criar o filho.

Não obstante, Leitão Fernandes (1989) explica:

estudar o abandono nos remete à dificuldade de circunscrever com rigor o seu âmbito e seu objeto, sendo que a própria palavra apresenta múltiplos significados. Pode referir-se a uma renúncia ou desistência, a um voltar as costas e partir pra longe, ou a um estar presente e ignorar, uma incompetência, um desprezo, um desleixo, um ato, um sentimento.

A utilização do termo abandono, revela uma postura um tanto preconceituosa relacionada à mãe que “desiste” do filho, não é utilizada pelas mulheres moradoras de rua que dizem que seus filhos foram “tirados” pelo juiz. A decisão por parte da mãe em entregar a criança a quem possa

⁵ Maternar, maternagem: termo que utilizamos tal como Santos (1998), segundo o qual a maternidade se estabelece como fato exclusivamente biológico e a maternagem é forjada no universo relacional/interacional entre mãe e filho. A maternidade diz respeito à procriação, enquanto a maternagem se inscreve no âmbito socioafetivo da criação dos filhos. A primeira pertence a esfera do biológico, enquanto a segunda pertence à esfera do social.

cuidar dela, significa para a mulher a impossibilidade de criá-la, sua rejeição a ela ou a frustração de seu amor e desejo maternal, mas dificilmente o ato é encarado pela mãe como abandono.

As situações evidenciadas pelas mulheres moradoras de rua, em seu cerne demonstram a destituição do poder familiar; termo substituto da antiga nomenclatura pátrio poder, apresentada no Código Civil Brasileiro em seu artigo 395, e modificado a partir de 2003 com o novo Código Civil, onde se refere a três hipóteses de destituição judicial do pátrio poder, dispondo que o pátrio poder pode ser perdido por pai ou mãe que: castigar imoderadamente o filho; que o deixar em abandono e que praticar atos contrários à moral e aos bons costumes.

Strenger (1998, p.46) explicita o conceito de pátrio poder, ou seja, poder familiar:

é um conjunto de direitos e deveres, sobre a pessoa e os bens dos filhos, quer dizer, de prerrogativas que devem ser exercidas não somente no interesse de seu titular, mas no da criança, visando sua seguridade, sua saúde e sua moralidade, circunstâncias que podem ser sintetizadas como direito e dever de guarda, de vigilância e de educação.

Pode-se verificar que até o presente momento falamos da relação da mulher moradora de rua como se a decisão de abandonar, renegar, doar seus filhos partisse das mesmas enquanto mães, porém, o que podemos evidenciar é que o poder de decisão não coube somente a elas, pois estas participaram deste processo de forma passiva, segundo elas sem outra opção a ser tomada, mas jamais com intenção de entregar seus filhos em adoção ou abrir mão do poder familiar. Nos casos analisados pode-se verificar que nenhuma das mães biológicas dispôs de seus filhos voluntariamente, todas perpassaram por um processo doloroso co-relacionado ao uso abusivo de drogas, que teve como consequência o afastamento entre mãe e filho e a destituição do poder familiar por parte da mãe.

Os sentimentos de culpa e vergonha pela perda de seus filhos se fazem presentes em suas trajetórias de vida, fazendo com que elas tentem manter sempre o silêncio e tendam a querer apagar em si tal acontecimento, muitas vezes a resposta dada a quem pergunta sobre seus filhos traduz-se apenas através de uma lágrima.

Constata-se, então, que os aspectos envolvidos nas relações maternas causam fragilidade emocional a mulher moradora de rua, a mesma mostra-se repulsiva como forma de defesa para não lembrar de coisas que quer esquecer. Dificilmente será feita uma quebra de silêncio por livre e espontânea vontade por parte das mulheres em situação de rua, para que se consiga entrar neste

universo e que seja permitido pela mesma falar sobre tais aspectos de sua interioridade, esta necessita sentir-se segura e bem acolhida.

2.7 Reincidência e dificuldade de permanecer em Espaços Terapêuticos

Pode-se verificar que, das mulheres que aceitaram ação interventiva, quatro tornaram-se reincidentes após tratamento em Comunidades Terapêuticas, ressalta-se também a grande dificuldade das mesmas em aceitar a ação interventiva profissional. Os homens moradores de rua aderem com maior facilidade aos tratamentos terapêuticos do que as mulheres, no entanto as dificuldades de permanência nas comunidades são verificadas por ambos.

Os moradores de rua já não se habituariam mais a horários, normas e regras impostas, fator que se torna dificultante na ocasião em que decidem fazer um tratamento em comunidade terapêutica. As normas e regras das ruas são criadas por si próprios, no entanto pode-se dizer que a vida nas ruas é totalmente “desregrada”, sem horários e atividades pré-estabelecidas. Rotina bem diferenciada dos espaços terapêuticos, que normalmente apresentam atividades diárias com horários previamente estipulados.

Vale ressaltar que, a grande maioria dos espaços terapêuticos segue regras e rotinas ligadas à uma doutrina religiosa que muitas vezes torna-se mais uma “lavagem cerebral” do que um processo facilitador de cura. O aspecto religioso nos espaços terapêuticos muitas vezes são encarados pelo usuário como empecilho ao início do tratamento.

No momento da aceitação por parte dos usuários em aderir ao tratamento, normalmente os moradores de rua encontram-se alcoolizados, e devido ao uso de drogas se dar de forma contínua, dificulta o encaminhamento dos mesmos à triagem. Há de dar-se relevância ao fato de que muitos dos moradores de rua apresentam ataques convulsivos em função da abstinência das drogas, devendo então passar por um processo de desintoxicação antes de serem encaminhados aos espaços terapêuticos.

Destaca-se então a falta de unidades de desintoxicação para dependentes químicos em hospitais gerais e inexistência de atendimento ambulatorial na área de dependência química para adultos. Atualmente, os serviços de desintoxicação somente são oferecidos pelo Instituto de Psiquiatria (IPQ), na Unidade de Dependência Química (UDQ), normalmente o período de permanência dos usuários no local é de vinte dias.

Outra questão polêmica refere-se à questão do desenvolvimento do distúrbio psiquiátrico em função do uso abusivo de drogas, ou até mesmo refere-se àqueles que além de apresentar transtorno psiquiátrico são dependentes químicos; para estes, os espaços terapêuticos não são locais adequados, visando a não presença de acompanhamento psiquiátrico.

O tempo em situação de rua acaba por fazer com que o usuário seja considerado como atendimento crônico, não demonstrando perspectiva de mudança na atual situação, pessoas que vivem nas ruas há tanto tempo que dizem não saber viver mais de outra forma, que não seja sem regras e usando drogas para encarar esta realidade.

Trata-se então no momento, não de questionar a efetividade dos espaços terapêuticos, mas sim procurar entender porquê fatores homens e mulheres moradores de rua não conseguem desvencilhar-se do habitat público, sendo este um espaço de tantas vulnerabilidades, riscos e violências.

Considerando as pessoas que atualmente encontram-se em situação de rua, e analisando que perpassaram por um processo envolto na violação de direitos, destaca-se a necessidade de discutir as políticas públicas relacionadas a esta população, bem como apresentar algumas propostas de enfrentamento às questões que envolvem esta realidade.

2.8 A importância do acolhimento como postura profissional

Os sentimentos de culpa e raiva trazidos pelas mulheres moradoras de rua fazem com que as mesmas procurem o isolamento, o silêncio como forma de esquecer tudo o que já foi perdido, faz com que as mesmas tenham reações agressivas ao serem abordadas sobre assuntos que exigem delas a visualização mental do processo ocorrido, elas não querem lembrar, porém não conseguem esquecer o transcorrer do processo que fez com que as mesmas chegassem ao espaço público da rua para morar e viver.

Para que se faça possível à aproximação da mulher moradora de rua por parte do profissional, se faz necessário que para além do estranhamento por parte do mesmo, sejam trabalhados os sentimentos de vinculação, para assim estabelecer uma relação de confiabilidade entre as mulheres e os profissionais. Pois, se elas pretendem ocultar fatores que as fizeram “diferentes”, atitudes profissionais que depreciem e julguem seus atos não farão com que as mesmas desfaçam os limites que separam a intervenção profissional e o conhecimento da

demanda a ser atendida e demonstrada pelo usuário, impossibilitando assim de serem trabalhados fatores motivacionais que proponham mudanças na realidade.

Considera-se que a mulher moradora de rua faz parte de uma realidade imersa na vulnerabilidade e exclusão social. A partir disso, se faz necessário por parte dos técnicos em contato com esta população uma postura profissional fundamentada na necessidade do acolhimento, buscando apoiar e compreender as mesmas, evitando assim que sintam-se julgadas ou censuradas.

O acolhimento por parte do profissional deverá fazer com que a mulher moradora de rua sinta-se distante da estigmatização e dos pré-julgamentos profissionais, deve possibilitar a mesma a segurança em retratar-se aos fatos passados, quebrando assim seu silêncio, possibilitando o enfrentamento das questões e diagnosticando em si mesma através deste processo o abrandamento do seu sofrimento.

Quando se refere a postura profissional estar diretamente ligada ao acolhimento, não somente das mulheres em situação de rua, mas a todas as pessoas em situação de risco social, os profissionais a estarem preparados não devem restringir-se somente aos que tem como objeto de trabalho estas populações, mas sim a todos os profissionais que direta ou indiretamente tem contato com esta demanda.

Remetendo-se à trajetória de vida de Sandra, pode-se verificar a postura profissional da enfermeira que faz questão de dizer a mesma que ela é digna de pena, pois não tinha para onde ir, e por isso não receberia alta do médico, sugerindo ainda que ele também tem pena da mesma, esta atitude provocou na usuária tanta revolta que fez com que a mesma abandonasse o tratamento médico e novamente retornasse às ruas. Neste caso, a profissional teve uma postura totalmente errônea e preconceituosa, não avaliando que sua atitude colocou à prova todas as conquistas realizadas pelos profissionais do Projeto Abordagem de Rua, que com muito empenho e compreensão conseguiram que a mesma aceitasse ação interventiva devido ao seu estado de debilidade física.

A atitude da profissional da área da saúde foge totalmente aos princípios baseados na segurança da acolhida, fazendo com que se desfizessem em Sandra as possibilidades de uma mudança em sua trajetória. O fato de Sandra ter permanecido no hospital, de forma isolada, sem visitas, durante este período de tempo já havia provocado na mesma algumas mudanças, era quista por ela na ocasião apenas uma oportunidade de após recuperar-se da sua debilidade física,

recomeçar, reconstruir, tentar. Porém, as palavras ditas pela enfermeira frente a outras pessoas soaram a ela com tanta humilhação, que fizeram com que a mesma refletisse que realmente, ela não tinha para onde ir, era da rua, não era nada, não teria motivos para buscar novas oportunidades.

III – Políticas Públicas de Atendimento à População em Situação de Rua

Os direitos sociais do indivíduo devem ser oferecidos através das políticas sociais garantidas pelo Estado. Sendo que, a Constituição Federal de 1988 em seu artigo 6º estabelece que: “são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”. Retratando-se aos aspectos evidenciados através da explanação das características do grupo populacional dos moradores de rua, bem como de sua condição de desprovidos de todo e qualquer direito social estabelecido, verifica-se através da concepção de direitos acima explicitados que, a efetivação do direito em se relacionando às políticas públicas mostra-se sob caráter deficitário.

Para a efetivação das políticas públicas, o Estado dispõe de serviços e bens necessários para o enfrentamento das configurações da questão social. Este controle é expresso através de instituições assistenciais de caráter controlador e repressivo.

Sob a concepção da população em situação de rua, tratada como seres que se encontram fora dos padrões construídos e instituídos em sociedade, as instituições de assistência são interpretadas segundo Di Flora (1987, p.46):

as instituições assistenciais ou repressivas surgem com a finalidade precípua de tratar, recuperar, integrar os comportamentos desviantes, ou seja, recambiá-los para os parâmetros da “normalidade”. Essas instituições surgem como uma exigência da própria sociedade: se a nível manifesto seu cliente é o indivíduo desajustado, a nível latente, é a própria estrutura social que exige e coloca sobre ela a responsabilidade de recuperá-lo. Portanto os centros de mendicância se mantêm justamente porque seu cliente real não é o “mendigo”, mas a sociedade como um todo em relação à qual os objetivos são cumpridos. Portanto ao manifestar o interesse de recuperar o “mendigo”, na verdade essas instituições objetivam o controle e a repressão deste grupo populacional.

Desta forma, as instituições assistenciais, ao invés de trabalhar sob a ótica da cidadania e emancipação social, contribuem assim para a perpetuação da miséria e passividade dos sujeitos, frente à sua condição social.

Reconhecida através da Constituição de 1988, subscrita através do artigo 194º, como política pública, a seguridade social “compreende um conjunto de ações de iniciativa dos poderes público e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à

assistência social”. A partir da Lei orgânica da Assistência Social – LOAS (Lei 8.742, de 07 de dezembro de 1993), fica estabelecido que as ações de assistência social serão organizadas de maneira descentralizada e participativa, assumindo assim a integração do sistema de proteção social (Saúde, Previdência e Assistência).

A Política de Assistência Social, conforme Sposati (1997, p.49) “passa a ser concebida como seguridade Social não contributiva, que deve prover um padrão básico de condições de vida através da garantia de mínimos sociais e da cobertura das situações de vulnerabilidade e riscos sociais”.

No entanto, paralelamente a este processo, não se anulam as questões que permeiam transformações econômicas, agravadas pelo projeto neoliberal, transpondo-se através da imposição de um modelo de reforma, com o intuito do desmonte das políticas sociais. Neste contexto, a concepção de assistência denota-se através do controle dos indivíduos que dela necessitam, não garantindo ao indivíduo seu direito, remetendo-se assim a um caráter regulador, onde para que se garantam os mínimos sociais há necessidade de provar que se encontram em situação de “carência”, e para isso se fazem necessários os processos de seletividade ocorridos por meio das triagens.

Pode-se assim afirmar que a assistência social torna-se seletiva, contrapondo-se ao artigo primeiro descrito na LOAS (1995, p.07), onde diz: A assistência Social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.

Para a materialização do conteúdo da LOAS, surge o modelo de gestão do SUAS (Sistema Único de Assistência Social), com característica descentralizada e participativa, constituindo assim a regulação e organização em todo território nacional das ações socioassistenciais, visando a consagração de direitos de cidadania e inclusão social.

Uma das propostas trazidas pelo SUAS direciona-se a cidadãos ou grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e risco pessoal e social, oferecendo atendimento a famílias e indivíduos com seus direitos violados. Em face da exclusão social, fruto da desigualdade social na qual o morador de rua encontra-se inserido, são demandados serviços de proteção especial de média complexidade, conforme preconiza o SUAS.

O Projeto Abordagem de Rua constitui-se em uma política pública que atua então em âmbito municipal, como uma proposta com estruturação técnico-operacional dando atenção especializada, trabalhando de forma mais individualizada, através de acompanhamento sistemático e monitorado proposto pelo SUAS.

Porém, para que a assistência social se distancie da visão paliativa e compensatória e proponha ações direcionadas a garantia de direitos, SPOSATI (apud TIENE, 2004, p. 103) propõe o atendimento de cinco seguranças básicas:

“Segurança da Acolhida”, com ressalva de que não se trata apenas da população que está vivendo na rua, mas sim das vulnerabilidades da mulher, da criança, do idoso, enfim de todas as pessoas em situação de risco social, sendo a acolhida uma política que deve estar situada no meio de outras políticas.

“Segurança de Convívio”, considerando o estado de fragilidade com a perda do emprego, de proteção e segurança social e outras, que levam as pessoas a uma ruptura dos vínculos sociais, a uma exclusão da vida coletiva. O convívio deve ser entendido como a convivência, o estar com o outro, estabelecendo relações e vínculos, criando laços, favorecendo trocas, enfim, oferecendo resposta às necessidades das pessoas.

“Segurança de Equidade”, consistindo no criar possibilidades para reduzir e/ou extinguir desequilíbrios sociais, onde e quando as diferenças sejam respeitadas, e os preconceitos superados.

“Segurança de Travessia”, compreendida enquanto uma política de apoio às situações circunstanciais das pessoas, considerando o direito de acesso e de usufruir dos bens sociais, que todos devem ter.

“Segurança de Rendimento”, considerando que a concentração de renda acentua as diferenças, o que de certa forma está indicado em todas as demais seguranças, o direito ao rendimento básico para viver é o que se fundamenta como básico, o que não deve ser confundido com salário, mas como uma renda de inserção social.

Em se tratando das atividades desenvolvidas pelo poder público para atender a população em situação de rua, estarem a caminho de uma proposta de garantia de direitos, os projetos civilizatórios e de inclusão desenvolvidos perpassam por diversas dificuldades no que tange ao atendimento direcionado a esta população.

Na perspectiva do Projeto Abordagem de Rua, pode-se constatar que os encaminhamentos diversos a serem dados ao usuário tornam-se dificultados devido à existência de uma rede de atendimento deficitária. Com postura contrária ao que preconiza a LOAS, não ocorre na prática a integração entre saúde e assistência social, sob este aspecto podemos constatar a dificuldade de acesso aos serviços de saúde por parte dos profissionais do projeto ao

encaminhar o usuário que se encontra em situação de rua, a falta de documentação e endereço fixo aparecem ainda como empecilho ao atendimento no Sistema Único de Saúde, mesmo sendo este um direito universal.

Como já foi evidenciado ao longo deste estudo, a população em situação de rua é composta por um grande contingente de pessoas debilitadas fisicamente, com variados tipos de doenças, o atendimento à saúde é dificultado muitas vezes pela falta de articulação do Serviço Social que atua nos serviços públicos de saúde, bem como pela necessidade de parceria com a Secretaria de Saúde em relação ao apoio para condução de pessoas extremamente debilitadas em ambulâncias.

A deficiência na integração entre saúde e assistência também é percebida no que se refere à pessoas com transtornos psiquiátricos sem vínculos familiares que perambulam pelas ruas. O projeto em questão não dispõe de local para encaminhamento e permanência destas pessoas, visando que em âmbito municipal não existem residências terapêuticas para moradia de pessoas com transtornos.

Pode-se ainda ser retratada a falta de unidades de desintoxicação para dependentes químicos em hospitais gerais e atendimento ambulatorial na área da dependência química em se tratando de adultos. A Constituição Federal do Brasil de 1988, art.196, garante o direito à saúde nos seguintes termos: “a saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças de outros agravos e ao acesso universal igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Constata-se então que a efetivação das políticas sociais que permeiam a população em situação de rua, não se fragmenta somente as ações de cunho assistencial, percebe-se a necessidade da integração de medidas e ações protetivas que busquem a conquista de direitos às pessoas que se encontram em situação de risco e vulnerabilidade social. Como proposta de políticas de proteção social às pessoas em situação de risco, SPOSATI (apud TIENE, 2004, p. 104) sugere:

Política de acolhida: criar uma Rede de Serviços para facilitar acesso e localização na cidade; os abrigos e alojamentos para pernoite devem garantir condições de privacidade das pessoas e das famílias para que fiquem com os filhos sob seus cuidados; descentralizar o atendimento em casas de convivência, como referência àqueles/as que estão em situação de riscos sociais, favorecendo o apoio psicológico jurídico assistencial.

Política de Convivência: organizar moradias provisórias, disponibilizando locais estruturados para moradias coletivas, especialmente para aqueles/as que manifestam interesse em deixar a rua, tais como moradia para egressos de penitenciárias; desenvolver programas de proteção com relação ao alcoolismo e drogadição; favorecer atividade sócioeducativa-cultural nas praças e lugares públicos onde já se concentram pessoas em situação de risco social; realizar intercâmbios entre as instituições de educação, saúde, conselhos e associações e a comunidade.

Política de Equidade: desenvolver ações no sentido de superar as práticas apenas de cunho assistencialista e repressivo, aprimorando técnicas de reabilitação com abordagem que supere a culpa estigmatizante; criar e/ou apóia grupos marcados pela diferença e discriminação social (desemprego, deficiências, opção sexual, etnia, Aids e outros); manter um restaurante comunitário em um local central, possibilitando acesso à alimentação, com subsídio; usuários; que atenda pessoas que vivem e trabalham na rua e que estão necessitando de atendimento em saúde.

Política de Rendimento: ampliar programa de renda mínima de inserção social; garantir bolsa escolar, ampliando o período de permanência na instituição de ensino; criar alternativas de geração de renda com segmentos vulneráveis que já estão vivendo em locais de periculosidade (lixões); desenvolver trabalhos com a reciclagem do lixo seletivo.

Em Florianópolis, além dos projetos já existentes que atuam enquanto política pública de atendimento à população em situação de rua, encontra-se em implantação uma proposta de atendimento viabilizada através da Secretaria da Criança, Adolescente, Idoso, Família e Desenvolvimento Social. Um projeto de reinserção social, que funcionará através de uma Casa de Apoio Social, possibilitando a reinserção do homem e da mulher que fazem das ruas seu espaço de moradia e sobrevivência, o encaminhamento ao local ocorrerá posteriormente ao término do tratamento em espaços terapêuticos. A Casa também contará com propostas de inclusão produtiva, bem como com parcerias com empresas para a reinserção dos mesmos no mercado de trabalho.

Como sugestão ao desenvolvimento de ações relacionadas à população em situação de rua, destaca-se a necessidade da viabilização aos mesmos dos serviços de saúde, com a criação de um código de atendimento específico aos moradores de rua, bem como residências provisórias para acompanhamento dos tratamentos de saúde, dada a dificuldade em tomar medicação estando em situação de rua.

Devido à diversidade de situações chegadas a equipe do Projeto Abordagem de Rua, bem como a dificuldade nos encaminhamentos efetuados estarem ligados a ineficiência na rede de atendimento, propõe-se que a equipe técnica deveria contar com uma equipe multidisciplinar,

com um técnico da área de saúde mental, em função de uma grande parcela da população em situação de rua apresentar distúrbio psiquiátrico.

Destaca-se novamente a necessidade de locais para desintoxicação de dependentes químicos, viabilizando de maneira mais rápida e eficiente o encaminhamento dos mesmos a triagem e em seqüência às comunidades terapêuticas.

Nota-se então a necessidade premente da integração das ações da área assistencial e de saúde no que se refere a esta população.

Independente da efetivação de políticas públicas de atendimento a população em situação de rua, cabe-se ressaltar que a falta de interesse por parte dos usuários em provocar mudanças é um dos principais fatores que fazem com que os mesmos persistam no espaço público da rua utilizando-o com local de moradia e sobrevivência.

4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso, juntamente com a vivência permitida no estágio curricular obrigatório realizado no Projeto Abordagem de Rua caracterizaram-se como uma experiência extremamente nova e reflexiva. Através do estágio foi possibilitado um primeiro contato com a prática da profissão, dando oportunidade de relacionar a prática com o referencial teórico adquirido no processo acadêmico.

Em um primeiro momento, torna-se inevitável o estranhamento a realidade que se apresenta, se faz necessário despir-se de pré-conceitos enraigados e instituídos socialmente para melhor compreender esta temática que se encontra inserida num contexto histórico construído a partir de estigmatizações e julgamentos.

Pretendeu-se ao longo do estudo mostrar quais são as características da população em situação de rua, suas denominações e atividades cotidianas para assim possibilitar a visualização deste universo que embora público e visível, encontra-se anulado por transformações políticas e econômicas que não os percebe enquanto cidadãos, mas sim como “lixo da história”, descartáveis urbanos.

Também parte neste universo, vistas como o avesso da normalidade, a figura da mulher inserida no espaço público desmonta todo um processo de dominação fundamentado nas relações do sistema patriarcal, no entanto mesmo estando no local onde tudo é visto e permitido, é vítima ainda da discriminação, sofre simplesmente pelo fato de ser mulher.

A partir das trajetórias de vida apresentadas, não foi possível identificar a saída de casa por parte das mulheres a partir de motivos concretos e isolados, foi verificado que o distanciamento e abandono do ambiente doméstico é fato consolidado a partir de um processo de violação de direitos.

A dependência química aparece interligada a este processo, e na maioria dos casos já era fator considerável ainda em ambiente doméstico, concluímos então que a passagem do ambiente privado ao público pelas mulheres moradoras de rua é consequência do uso abusivo de drogas por parte das mesmas.

Pode-se também destacar que o fato de homem e mulher moradores de rua, em sua maioria serem dependentes químicos mostra-se como fator dificultante aos mesmos para que despertem em si perspectivas de mudança da condição atual.

A população em situação de rua encontra-se num processo de exclusão e inclusão, ao mesmo tempo em que foi empurrada para fora da sociedade através da invisibilidade enquanto cidadãos de direitos, tornam-se incluídos numa condição precária e subalterna causada pelas desigualdades sociais.

Embora evidenciada a proposta do Projeto Abordagem de Rua, enquanto política pública de atendimento aos moradores de rua da cidade de Florianópolis, destaca-se a necessidade de integração entre as ações profissionais da área de assistência e saúde. As ações devem transcorrer de forma integrada, na perspectiva de proporcionar a população em situação de rua acesso a um direito universal proporcionando prevenção e controle de epidemias como a tuberculose e a Aids.

Dada a fragilidade em que se encontra disposta a população em situação de rua, em vista de carências de moradia, alimentação e saúde, sob um panorama de vulnerabilidade e riscos sociais e pessoais, entende-se que os profissionais ligados diretamente ou não aos serviços de atendimento desta demanda devem estar propostos a trabalhar numa política de acolhimento, buscando através desta a compreensão da situação que se apresenta e não seu julgamento.

Inserir-se no universo dos moradores de rua não é tarefa fácil, é como a chegada de mais um novato ao grupo, olhares desconfiados, respostas afoitas e objetivas; a princípio um estranho querendo dar palpites em suas vidas, uma coisa inaceitável. Porém, a partir do vínculo estabelecido entre profissional e usuário, baseado na confiança, faz com que os mesmos sintam confiança em relatar aspectos de sua subjetividade, não mais mentindo e omitindo fatos evidenciados anteriormente. Os moradores de rua identificam uma grande dificuldade em encarar que o vínculo é dado de maneira profissional, talvez porque os mesmos não tenham mais nenhum outro referencial fora do universo das ruas, vivem de maneira isolada voltados para a interioridade do grupo, apegam-se ao profissional e passam a considerá-lo um amigo.

No entanto, no referido estudo, o vínculo construído entre a acadêmica e as mulheres apresentadas foi de extrema importância para que fossem construídas as trajetórias de vida, tendo em vista a dificuldade por parte das mulheres em quebrar o silêncio que causa a elas tanta culpa.

A rua, tornou-se local onde se pode viver sem ser percebido, mesmo estando bem visível.

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Branca Moreira. **Permanência ou mudança: A Legislação sobre família no Brasil**. São Paulo: Loyola, 1987.

ALVES, M. Magdalena. **Os vínculos afetivos e familiares dos homens de rua**. (Dissertação de Mestrado) – PUC – SP, Programa Serviço Social, São Paulo, 1997.

ARAÚJO, M. F. **Atendimento a Mulheres e famílias vítimas de violência doméstica**. Perfil Revista de Psicologia do Departamento de Psicologia Clínica, UNESP - IX, 1996.

BADINTER, Elisabeth. **Um Amor Conquistado: o Mito do Amor Materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BRASIL, Constituição Federal do Brasil, 1988.

BROGNOLI, F.F. **Trecheiros e pardais: estudo etnográfico de nômades urbanos**. Florianópolis, 1996.207f. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social – Setor de Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina

BUARQUE, C. **Olhar a (da) rua**. In: BURSZTYN,M. (Org.). No meio da rua: nômades excluídos e viradores. Rio de Janeiro: Garamond, 2000. p. 7- 10

CASAGRANDA, Melissa. **Relatório de Estágio**. Departamento de Serviço Social – UFSC. Florianópolis, 2005.

CASTEL, R. **As Metamorfoses da Questão Social** – Uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998.

CASTEL, R. **As transformações da Questão Social**. São Paulo: EDUC, 2000.

CRAMI – Centro Regional aos Maus-tratos na Infância(org). **Abuso sexual doméstico: atendimento às vítimas e responsabilização do Agressor**. Cortez. São Paulo, 2002.

D'INCAO, M.C. **Perdendo seus territórios**. In: caderno do CEAS, Salvador, BA: CEAS nº 151, p. 28-31, mai/jun. 1993.

DI FLORA, M. C. **Mendigos: porque surgem, por onde circulam, como são tratados?** Petrópolis: Vozes, 1987.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A política social do Estado capitalista: as funções da previdência e da assistência social**. 8ª ed. rev. São Paulo: Cortez, 2000.

FERREIRA, M.P.S. **Aids: Da violência aos direitos humanos à construção da solidariedade**. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, p. 1-233, 1999.

FRANZONI, Leyla C. C. **A Repercussão da Campanha “Quem dá Esmola não dá Futuro” na cidade de Florianópolis**. Florianópolis, 2002. (Monografia) UFSC – Curso de Graduação em Serviço Social, Florianópolis, 2002.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. São Paulo: Cortez, 1983.

KOWARICK, Lucio. **Cidade & Cidadania**. São Paulo em Perspectiva, Revista da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE, vol.5, nº 2 abr/jun. 1991.

LEITÃO FERNANDES, M.L.B. **Mãe não há só uma: o processo de Serviço Social quanto ao consentimento para adoção de recém** – nascidos numa grande maternidade urbana. São Paulo, 1989, p. 194. Dissertação (Mestrado) – Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

LIMA, Telma C. Sasso de. **Serviço Social e Intervenção Profissional**. DSS/CSE/UFSC, 2004.

LOVISI, Giovani M. **Avaliação de distúrbios mentais em moradores de albergues públicos da cidade do Rio de Janeiro e de Niterói**. RJ, 2000. Tese da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. Disponível em: <http://portalteses.cict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2000/lovisigmd/capa.pdf> - acesso: 12/06/2006 horário:23h32

MAGNI, C.T. **Nomadismo urbano: uma etnografia sobre os moradores de rua em Porto Alegre**. 1994.198f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

MARTINELLI, Lúcia. **Serviço Social: identidade e alienação**. São Paulo: Cortez, 2000.

MARX, K. e Engels, F. **Manifesto do Partido Comunista**. São Paulo: Martin Claret, 2002.

MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982. Livro I, Caps. XXIV e XXV, p.828-894.

MICHELLUZZI, Aline. **O Morador de rua adulto no contexto de uma sociedade excludente**. Florianópolis, 2003. (Monografia) UFSC – Curso de Graduação em Serviço Social, Florianópolis, 2003.

MINAYO, M. Cecília de Souza (org). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Direitos Humanos e Violência Intrafamiliar** – Informações e orientações para Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, 2001.

MORAES, Marieta (org). **História Oral e Multidisciplinaridade**. Rio de Janeiro: Diadorim/apoio FINEP, 1994.

MOTTA, Maria A. Pisano. **Mães abandonadas: a entrega de um filho em adoção**. São Paulo: Cortez, 2000.

PEREIRA, Potyara A. P. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. São Paulo: Cortez, 2000.

PRATES, Jane Cruz; REIS, Carlos Nelson; ABREU, Paulo Belmonte de. Metodologia de pesquisa para populações de rua. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, nº 64, ano 21, p. 135-164, nov. 2000.

RELATÓRIO, Projeto Abordagem de Rua. Florianópolis, 2005/2006.

ROSA, Cleisa, M.M.(org.). **População de Rua, Brasil e Canadá**. São Paulo: HUCITEC, 1995.

SANTOS, L.S. **Adoção: da maternidade à maternagem** – uma crítica ao mito do amor materno. **Serviço Social & Sociedade: Temas Contemporâneas**, nº 57, ano XIX, São Paulo, Cortez Editora, Jul. 1998.

SAS/FIPE. SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Assistência Social; Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas. **Censo dos moradores de rua da cidade de São Paulo: relatório executivo**. São Paulo, 2000.

SPOSATI, Aldaíza (Coord.). **Política de assistência social e direitos sociais**. São Paulo: Núcleo de Seguridade e Assistência Social da PUC-SP, Caderno nº 7, 1997.

STRENGER, G.G. **Guarda de filhos**. São Paulo, LTR, 1998.

TELES, M. A. de Almeida, MELO, Mônica. **O que é Violência contra a Mulher**. Editora Brasiliense. São Paulo, 2002.

TIENE, Izalene. **Mulher moradora na rua: Entre vivências e políticas sociais**. Campinas, SP: Alínea, 2004.

YASBEK, Maria C. **Classes subalternas e assistência social**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1993.